

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

75

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Janvier 1892, à 1 heure

PAR VICTOR CAMUS,

Né à Langeais (Indre-et-Loire), le 30 Août 1867.

ÉTUDE DES NÉOPLASIES PRIMITIVES
DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } POTAIN, Professeur.
 } A. ROBIN et RICARD, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 75

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Janvier 1892, à 1 heure

PAR VICTOR CAMUS,

Né à Langeais (Indre-et-Loire), le 30 Août 1867.

ÉTUDE DES NÉOPLASIES PRIMITIVES
DU GRAND ÉPIPLOON

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. } POTAIN, Professeur.
 } A. ROBIN et RICARD, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen M.	
	Professeurs	
Anatomie ...		BROUARDEL.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....		CH. RICHET.
Histoire naturelle médicale.....		GARIEL.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		GAUTIER.
Pathologie médicale.....		BAILLON.
Pathologie chirurgicale.....		BOUCHARD.
Anatomie pathologique.....		DIEULAFOY.
Histologie.....		DEBOVE.
Opérations et appareils.....		LANNELONGUE.
Pharmacologie.....		CORNIL.
Thérapeutique et matière médicale.....		MATHIAS DUVAL.
Hygiène.....		TILLAUX.
Médecine légale.....		REGNAULD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		HAYEM.
Pathologie expérimentale et comparée.....		PROUST.
		BROUARDEL.
		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SEE (G.).
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET. BAR. BLANCHARD. BRISAUD. BRUN. CAMPENON. CHANTEMESSE. CHAUFFARD. DEJERINE. FAUCONNIER.	MM. GILBERT. GLEYS. HANOT. HUTINEL. JALAGUIER. KIRMISSON. LETULLE. MARIE. MAYGRIER. NÉLATON.	MM. NETTER. POIRIER, chef des travaux anatomi- ques. POUCHET. QUENU. QUINQUAUD. REITERER. REYNIER. RIBEMONT-DESS.	MM. RICARD. ROBIN (ALBERT) SCHWARTZ. SEGOND. TUFFIER. VILLEJEAN. WEISS.
--	--	---	--

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A M. LE D^r BERRY

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE TOURS :

MM. DUCLOS ET BARNSBY

A M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

A M. LE PROFESSEUR PINARD

• A MON PRÉSIDENT DE THÈSE •

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

INTRODUCTION

Il y a deux ans déjà, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. le Dr Duclos à l'hospice général de Tours, notre cher maître voulut bien attirer spécialement notre attention sur un malade porteur d'un volumineux sarcome du grand épiploon. Ce cas, dont nous pûmes, quelques jours plus tard, vérifier le diagnostic à l'autopsie, nous fit dès cette époque songer au sujet qui nous intéresse aujourd'hui.

Le travail que nous présentons ici pour notre thèse inaugurale, n'a été jusqu'à présent traité que d'une façon secondaire par les auteurs qui tous ont englobé les affections du grand épiploon dans celles du péritoine. Nous avons cru intéressant de séparer certaines de ces affections, de les étudier d'une façon spéciale, faisant pour ainsi dire du grand épiploon un organe particulier, indépendant. Ainsi considérée, la question nous paraissait nouvelle, elle était tentante. Toutefois nous ne nous sommes pas dissimulé la difficulté de

notre tâche, et, certes, nous n'aurions point osé l'entreprendre, si nous n'avions eu pour nous guider la sage expérience et les conseils éclairés de notre excellent maître M. le Dr Lancereaux.

Après avoir en quelques mots rappelé la description anatomique et histologique du grand épiploon et fait un exposé succinct de sa physiologie, nous donnerons un aperçu historique de la question.

Puis, adoptant une classification des affections qui nous intéressent, nous étudierons les caractères anatomiques et cliniques de chacune d'elles, en y joignant les quelques observations que nos recherches nous ont permis de découvrir ou que nous avons eu la bonne fortune d'étudier et de suivre lors de notre passage dans les services hospitaliers.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'apporter ici à nos deux maîtres le faible hommage de notre reconnaissance.

A M. Duclos, qui n'a pas eu seulement pour nous la bienveillante sympathie du maître, mais qui nous a toujours témoigné une affection particulière pendant nos années d'études passées près de lui et sous sa direction.

Puis à notre cher et honoré maître M. Lancereaux, pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli, nous a conseillé et guidé dans notre travail.

Nous nous ferons également un devoir de nous rappeler nos maîtres de l'Ecole de Tours, MM. Bodin, Courbon et Barnsby, et nous ne saurions oublier quelle paternelle amitié M. Barnsby a bien voulu nous témoi-

gner pendant nos études médicales. Il nous a toujours prodigué ses excellents conseils, et c'est à lui que nous devons les recherches microscopiques, qui nous ont été si utiles dans l'élaboration de ce travail.

Que notre vénéré maître, M. le professeur Pinard, nous permette aussi de le remercier publiquement de la sympathie qu'il nous a montrée pendant l'année où nous avons eu le bonheur de suivre son service.

Qu'il nous soit enfin permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur Tillaux, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Avant de terminer, nous adresserons à M. Thirollox, interne-lauréat des hôpitaux, l'expression de notre gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

ANATOMIE — HISTOLOGIE — PHYSIOLOGIE

« L'étude des néoplasies du péritoine, dit M. Lancereaux (1), repose entièrement sur la connaissance de la structure intime de cette membrane séreuse : effectivement, on peut établir en principe qu'il existe autant de types distincts de tumeurs péritonéales, qu'il y a d'éléments spéciaux faisant partie du péritoine. » Aussi, ne saurions-nous étudier les néoplasies primitives du grand épiploon sans connaître chacun des éléments normaux qui composent cet organe, sans rappeler brièvement la constitution de cette membrane séreuse qui relie l'estomac au colon transverse.

Elle est anatomiquement formée de deux feuillets séreux, d'une provenance toute différente, qui se sont adossés par leur face profonde et se sont repliés sur eux mêmes. En effet, la portion du péritoine qui s'étend de l'hypocondre gauche au ligament suspenseur du foie, après s'être réfléchi, arrive au devant de l'estomac, le

(1) E. Lancereaux. — *Contribution à l'étude de quelques affections du péritoine*. Arch. gén. de méd., novembre 1878.

recouvre, descend jusqu'à sa grande courbure, puisse prolonge au-devant des circonvolutions de l'intestin grêle jusque vers le détroit supérieur du bassin. Elle se recourbe alors d'avant en arrière, remonte verticalement vers le colon transverse, revêt sa moitié inférieure pour se porter ensuite vers la paroi postérieure de l'abdomen.

D'un autre côté, la portion droite du péritoine qui s'étend de l'hypocondre droit au ligament suspenseur du foie, descend en arrière et vient se continuer avec l'extrémité supérieure du mésocolon, tandis qu'en dedans elle arrive à l'hiatus de Winslow, forme l'arrière-cavité des épiploons et recouvre par conséquent la face postérieure de l'estomac. Arrivée à la grande courbure, elle rencontre le feuillet séreux qui recouvre la face antérieure de l'estomac, s'adosse à lui, tapisse sa face profonde, descend puis remonte avec lui et s'en sépare enfin à son arrivée au colon transverse pour recouvrir la face supérieure de cet organe.

Le grand épiploon se trouve donc constitué par quatre feuillets adossés deux à deux, dont les deux superficiels, l'un antérieur, l'autre postérieur, dépendent de la grande cavité abdominale. Les deux profonds distingués aussi en antérieur et postérieur dépendent de l'arrière-cavité des épiploons, qui dans cette partie se termine en un long cul-de-sac demi-circulaire et transversal : le grand épiploon forme, grâce à cette disposition, une véritable bourse aplatie qui descend au-devant des intestins.

Telle est la forme primitive du grand épiploon ; mais,

chez l'homme adulte, par suite de l'union des feuillets antérieurs aux postérieurs, il est impossible de séparer histologiquement ces quatre feuillets; on ne peut même pas en démontrer deux dans les portions de membrane qui représentent encore les parois non fusionnées de la bourse primitive. Ces parois, d'ailleurs, se sont perforées avec l'âge, en sorte que l'épiploon de l'adulte se compose en réalité de deux membranes fenêtrées, distinctes sur certains points seulement et réunies partout ailleurs au moyen de filaments conjonctifs, de façon à former une lame unique grossièrement réticulée. Ce réseau est caractérisé par l'irrégularité de ses mailles et de ses travées. Ces dernières sont essentiellement formées par des faisceaux de tissu conjonctif, les plus petites par un seul, les autres par plusieurs. A leur surface est étendue une mince couche de substance amorphe que recouvre l'endothélium péritonéal, constitué lui-même par une couche unique de cellules plates, polygonales, à bords rectilignes ou légèrement sinueux, et formant un revêtement continu à la surface des travées.

Les travées formées par un seul faisceau conjonctif ne contiennent jamais de vaisseaux sanguins; un grand nombre de travées à deux faisceaux et plus, en sont également privées, mais leurs faisceaux laissent entre eux des espaces où sont logées des cellules connectives. Dans les travées plus épaisses on rencontre des capillaires, des artères, des veines, des lymphatiques et une proportion variable de tissu cellulo-adipeux.

Les nombreux vaisseaux artériels de l'épiploon sont

formés par des vaisseaux longs et grêles qui, nés des artères gastro-épiploïques droite et gauche, descendent entre les deux feuillets de la lame antérieure, jusqu'au bord inférieur de ce repli, et remontent ensuite entre les deux feuillets de la lame postérieure jusqu'à l'arc transverse du colon où ils se terminent. Ces artères sont accompagnées des veines de même nom qui vont se jeter la droite dans la grande veine mésentérique, la gauche dans la veine splénique. Elles sont aussi accompagnées de vaisseaux lymphatiques.

Cette riche vascularisation du grand épiploon ne jouerait-elle pas un rôle particulier dans la physiologie de cet organe, et ne doit-on voir dans ce repli séreux qu'un lien d'attache entre l'estomac et le colon transverse? qu'une exagération dans la surface d'absorption du péritoine ou dans sa surface de glissement? qu'un tablier jeté en avant de la masse intestinale pour l'empêcher de remonter vers les parties supérieures de l'abdomen, en particulier au-devant de l'estomac qui pourrait en être gêné dans ses fonctions? (Péan) (1).

Les nombreux vaisseaux du grand épiploon, comme tous les vaisseaux sanguins des viscères abdominaux sont sous la dépendance des nerfs splanchniques. Ces nerfs qui sont des vaso-dilatateurs, entrent en action dès qu'une excitation est portée sur le nerf sensible du cœur, ou nerf de Cyon.

La vaso-dilatation produite dans le vaste territoire des viscères abdominaux par l'excitation centripète de

(1) Péan. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen.*

ce nerf dépresseur de la circulation, a pour effet d'abaisser considérablement la pression dans tout l'appareil circulatoire.

Aussi nous croyons-nous autorisé par ces faits, à voir dans le grand épiploon l'un des réservoirs dans lesquels se vide le trop-plein du torrent circulatoire, lorsque par suite d'un obstacle à la circulation, la tension du sang se trouve augmentée dans le cœur et que cet organe, éprouvant de la difficulté à se vider, appelle à son aide son nerf dépresseur.

En résumé, le grand épiploon est un organe formé de tissu conjonctif contenant des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et recouvert d'un endothélium.

HISTORIQUE

Maintenant que nous connaissons les éléments constitutifs de l'épiploon, il nous est facile de voir quelles affections nous rencontrerons, puisque les néoplasies primitives du grand épiploon ne sauraient provenir de la transformation d'éléments étrangers à sa constitution. En un mot, ces affections ne peuvent être que des néoplasies de son tissu conjonctif ou de son endothélium.

Et cependant combien longtemps cette opinion, émise en 1852 par Ch. Robin, a-t-elle été mise en doute ?

Si, nous reportant d'un siècle en arrière, nous cherchons ce qu'était alors l'étude des tumeurs, nous ne trouvons que confusion, et voyons rangées sous cette épithète jusqu'à des affections purement inflammatoires.

Il faut arriver à Bichat pour voir restreint à ses justes limites le domaine des tumeurs : leur première classification est son œuvre ; c'est lui qui les divise en tumeurs bénignes et tumeurs malignes ou cancéreuses. Avec lui, avec Laennec, son élève, naissent les recher-

ches anatomo-pathologiques et grâce à elles les premières descriptions du cancer sous ses diverses formes et dans les différents organes.

Avec Muller, pour qui « le tissu d'une tumeur quelconque a son type dans un tissu de l'organisme normal, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte », nous voyons des tissus normaux fibreux, osseux, cartilagineux, musculaires, etc., dériver les fibromes, les ostéomes, les enchondromes, les myomes, etc.

De même du tissu épithélial devait naître l'épithéliome, le cancer, histologiquement constitué par des cellules épithéliales bourgeonnantes qui infiltrent les tissus, s'étendent au loin et se généralisent.

Deux écoles apparaissent alors : L'une, avec Ch. Robin, fait dériver le cancer des cellules épithéliales répandues dans les divers tissus de l'organisme : c'est la *théorie épithéliale* du cancer ; l'autre, avec Virchow, réserve aux seules cellules de la trame conjonctive de ces tissus, le pouvoir de dégénérer en cancer : c'est la *théorie conjonctive* du cancer. — D'après la première école, tout organe qui normalement ne contient pas d'épithélium, ne peut donner naissance à un épithéliome, à un cancer, à un carcinome primitifs. Pour la deuxième école, au contraire, le cancer primitif peut se rencontrer dans tous les organes, puisqu'il prendra naissance au sein de leur tissu conjonctif. — Alors que cette dernière opinion est, jusqu'à nos jours, généralement admise en France, on voit la théorie de Robin fortement défendue en Allemagne par Thiersch et Waldeyer.

Cependant, les recherches anatomo-pathologiques sont activement poursuivies, de nouveaux travaux paraissent où l'origine épithéliale du cancer est pour ainsi dire saisie sur le fait, et les partisans de Ch. Robin se font plus nombreux. Ce sont d'abord MM. Lancereaux, Pouchet, Malassez, Malherbe, Heurtaux, Defaux, Desfosses, Monod, etc. Ce sont aussi, en Angleterre, Bennett, Eve, qui, dans la relation d'un cas de myxo-sarcome du grand épiploon, s'exprime ainsi : « En raison des principes anatomiques, il y a lieu de croire que, sauf les endothéliomes, le cancer primitif de cet organe ne se rencontre pas. »

Pas davantage, comme le voulait Trousseau, n'existe le cancer primitif du péritoine. Et cependant des observations assez nombreuses de cette affection, sont rapportées par Bourneville, Chaumel, Th. Anger, Colin, Lebert, Cruveilhier, Fournaise, Marquis, Petrina, Lorryte, Mongird. D'autres aussi sont consignées dans les divers bulletins, dans les revues françaises et anglaises. Dans un grand nombre de ces observations de cancer péritonéal, le grand épiploon était envahi par l'affection, mais dans aucune nous n'avons trouvé le cancer réellement localisé à cet organe et même exclusivement limité au péritoine ; toujours un organe voisin — ovaire, estomac, foie, intestins — était envahi, bien que parfois ces lésions de voisinage n'aient par aucun symptôme attiré l'attention du médecin durant la vie du malade. N'est-ce pas là d'ailleurs l'évolution clinique spéciale de certains cancers de l'estomac à forme péritonéo-épiploïque, suivant l'expression dont les a dénommés M. Bard, de Lyon.

Ces notions étant généralement admises aujourd'hui, en France comme à l'étranger, on ne saurait croire à l'existence du cancer, du carcinome, « de l'épithéliome primitif du grand épiploon » (Lancereaux). « Cette affection, dit Eve, est toujours secondaire, et elle dérive habituellement d'un cancer, d'un ou des ovaires. »

Nous n'avons, par conséquent, à étudier que les endothéliomes, les lymphomes, les lipomes, les fibromes et les sarcomes que nous appellerons fibromes embryonnaires.

Cette dénomination, donnée aux sarcomes par M. Lancereaux, nous indique qu'ils ont pour origine le tissu conjonctif, le tissu fibreux au même titre que les fibromes. Mais tandis qu'ils sont constitués par du tissu embryonnaire, les fibromes — auxquels d'ailleurs M. Lancereaux ajoute l'épithète d'adultes — sont formés de tissu fibreux à l'état adulte.

Nous laisserons de côté l'étude des angiomes, dont nous n'avons pu, au cours de nos recherches, découvrir aucune observation. Nous ferons de même pour le tubercule et la gomme, qui, d'après la classification actuelle des tumeurs, ne rentrent plus dans le cadre de notre travail.

ENDOTHELIOMES

Ces néoplasies ont pour origine, ou bien l'endothélium qui recouvre la surface de la membrane séreuse ou bien les cellules endothéliales des vaisseaux lymphatiques du grand épiploon. Mais la localisation absolue de la néoplasie à cet organe est un fait que nous ne saurions rapporter tant est rare elle-même l'affection endothéliale du péritoine. A peine quelques exemples en ont-ils été cités et cela sans doute parce qu'elle passe facilement inaperçue en raison de son petit volume et de sa bénignité.

Aussi nous en rapporterons-nous pour en faire la description, à ce que nous disent à leur sujet les anatomo-pathologistes.

Semblables aux endothéliomes pleuraux, ces productions n'atteignent jamais qu'un petit volume, témoins les deux cas que Ch. Robin nous dit avoir recueillis, et dans lesquels les néoplasmes présentaient une surface rugueuse et le volume, l'un d'un pois, l'autre d'une noisette. Tantôt disséminées, tantôt groupées à la surface

des deux feuillets péritonéaux, ces tumeurs se montrent sous la forme de nodosités lenticulaires ou marronnées, fermes, luisantes, blanchâtres, et qui peuvent acquérir le volume d'un œuf. Elles sont généralement accompagnées d'un léger épaissement de la membrane séreuse. Lorsque ces tumeurs ont pour siège le grand épiploon, on voit cet organe épaissi et fortement rétracté former une bande transversale de deux à trois travers de doigt de largeur, à surface inégale, bosselée. C'est ce que nous retrouvons dans le cas suivant de Schulz :

OBSERVATION I

RICHARD SCHULZ. — *Das Endothelcarcinom.* — *Arch. der Heilkunde*, 1876, t. XVII, p. 16.

Il s'agit d'une femme de 59 ans, Jeanne P... La malade a toujours été bien portante auparavant ; elle a été mariée deux fois, sans enfants. Sa menstruation, toujours régulière, a cessé depuis 10 ans.

Depuis Pâques 1874, la malade remarqua des douleurs térébrantes dans l'abdomen et, environ 4 semaines avant la Pentecôte, une enflure du ventre et de la tuméfaction des os. La malade se sentit depuis toujours affaiblie, mais elle avait de l'appétit ; elle ne pouvait cependant toujours prendre que peu d'aliments, à cause de la pesanteur qu'elle éprouvait dans le ventre.

Depuis la Pentecôte, la malade est au lit, les douleurs ont tou-

jours été continuelles, mais avec des exaspérations après les repas.

La tumeur des os diminua sous le traitement médical; cependant, la faiblesse augmenta toujours et la perte de forces devint si apparente que la malade se laissa amener à l'hôpital.

Les garde-robes sont toujours régulières, bien que parfois mêlées d'un peu de sang. De temps à autre, la malade se plaint de douleurs de tête et de brûlure en urinant. La malade accuse une grande faiblesse, des douleurs lancinantes dans l'abdomen, principalement du côté droit, une tension dans le ventre, une dyspnée modérée et de l'impossibilité à prendre de la nourriture.

État présent, le 3 décembre 1874 : Température, 36°8; pouls, 92; assez petit, dur; respiration, 20.

Corps de taille moyenne, d'un squelette assez fort, musculature mauvaise, atrophiée, pannicule adipeux presque nul, peau sèche, un peu écailleuse, de couleur gris pâle, cheveux pour la plupart encore bruns, entremêlés de quelques cheveux blancs. Visage pâle avec des varicosités, ridé, exprimant la souffrance. Yeux normaux, lèvres pâles, légèrement cyanosées, langue non chargée. Cou amaigri, glandes très accessibles, ganglions du cou non augmentés de volume.

Thorax de longueur et de profondeur moyennes. À la percussion et à l'auscultation rien d'anormal.

Le ventre est fort, assez rondement allongé, sillonné de grosses veines et de varicosités. La mensuration au-dessus du nombril donne 93 cm. 5, la distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic est de 15 centimètres, celle de l'ombilic au pubis est de 17 centimètres. La cavité abdominale contient un épanchement ascitique dont la fluctuation est nettement sentie et dont la zone de matité est limitée en haut par une courbe concave, remontant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic.

À la palpation, on sent dans le côté droit, au-dessus de l'épine

iliaque antéro-supérieure, un corps résistant, s'étendant jusqu'à 8 centimètres de l'épine iliaque et 14 centimètres de l'ombilic. La largeur de ce corps, de haut en bas, mesure 3 à 4 centimètres; sa longueur est de 10 centimètres. La partie antérieure, qui mesure 4 centimètres de diamètre, est nettement divisée en deux lobes par une échancrure; la partie supérieure est lisse au toucher. La tumeur ne se déplace pas avec les mouvements respiratoires. Elle n'adhère pas à la peau. Tout l'espace occupé par la tumeur est mat à la percussion. La face, qui ne dépasse pas le rebord costal, est séparée du bord supérieur de la tumeur par une zone de sonorité éclatante.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont légèrement augmentés de volume. Varicosités aux membres inférieurs. Œdème péri-malléolaire.

L'utérus, de volume et de consistance normaux, mobile, est séparé de la tumeur par un sillon nettement accentué.

La marche ultérieure de l'affection doit suivre brièvement.

Par l'emploi de la morphine, les douleurs abdominales cessèrent et la malade put prendre davantage de nourriture. De temps à autre, eurent lieu de rares garde-robes mêlées de sang, deux fois une selle de sang pur. L'ascite et la dyspnée, qui en résultaient, augmentèrent encore; le 20 octobre, on fit une ponction de 5,300 centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent. Après cette ponction, on sentit dans le côté droit, au-dessus de la crête iliaque, une résistance bosselée, sans délimiter nettement la tumeur. L'ascite se reforma; l'urine contient de l'albumine. Douleurs augmentèrent. La malade ne put prendre que peu de nourriture. Dyspnée augmente. Hydrothorax double peu abondant. Aspect général de la cachexie cancéreuse.

Le 14 novembre, la dyspnée étant extrême, on fit une nouvelle ponction qui donna issue à 5,000 centimètres cubes d'un liquide hémorrhagique. La mort survint le 15 novembre 1874. L'affection ne s'était pas un seul jour accompagnée de fièvre.

Autopsie. A l'ouverture du ventre, il s'écoule environ 2 litres de liquide citrin légèrement teinté de sang. Entre les anses intestinales non agglutinées et dans le petit bassin, on trouve des caillots fibrineux, mous; en quelques points de petites portions d'anses intestinales sont agglutinées.

Foie adhérent à la paroi abdominale et au diaphragme. *Le feuillet pariétal du péritoine est transformé dans son épaisseur en une membrane de 1^{mm} à 1^{mm}5 d'épaisseur*, rigide, blanche, brillante, dont la partie supérieure est par places relativement lisse, et qui, en d'autres endroits, est réticulée; elle est, sur une grande étendue, pauvre en vaisseaux. *La plus grande épaisseur que présente le péritoine est à la face inférieure du diaphragme et au tiers inférieur de la paroi abdominale antérieure*, immédiatement au-dessus de la symphise. *Le grand épiploon est transformé en une corde grossièrement bosselée, ayant une direction transversale, large de deux travers de doigt et d'une épaisseur de 1 centimètre*; dans laquelle aucune trace de l'épiploon normal n'est plus visible. Celui-ci a plutôt l'apparence de la masse homogène, immobile, blanche et luisante de la tumeur, comme le feuillet pariétal; de sa partie supérieure part un pont vasculaire d'un petit travers de doigt, qui se dirige en haut vers la petite courbure de l'estomac. L'estomac est petit; sa séreuse, comme celle de l'intestin grêle, est recouverte de nodosités en nombre indéterminé, petites, de la grosseur d'un pois, luisantes et dures. Dans certains points, plusieurs d'entre elles sont confluentes et forment des condylomes pointus semblables à des excroissances. Le mésentère de l'intestin grêle est également recouvert de ces nodosités. Les ganglions mésentériques sont peu tuméfiés, de consistance molle, non congestionnés. Les ganglions rétro-péritonéaux ont le même aspect.

Le péritoine et les organes du petit bassin sont aussi recouverts de nodosités cancéreuses disséminées. Les trompes dilatées ont à peu près le volume du pouce.

Foie de volume normal, uni à la paroi abdominale et au diaphragme par des néo-membranes fibrineuses. La capsule est rugueuse, épaissie en un seul point par une ancienne prolifération de tissu conjonctif, sans infiltration cancéreuse. Tissu hépatique normal. La vésicule biliaire contient environ 30 calculs friables.

Rate petite, anémiée. Capsule épaissie de 1 millimètre, parenchyme riche en tissu conjonctif, sans altérations notables.

Reins normaux, se décortiquant facilement.

Cavités pleurales contiennent des deux côtés environ un litre de liquide incolore; les plèvres costale et diaphragmatique sont couvertes de nombreuses petites nodosités et excroissances condylomateuses. Plèvre médiastine épaissie. Des deux côtés, sont appendues aux bords libres du lobe pulmonaire inférieur des nodosités cancéreuses de la grosseur d'un tout petit pois, formant comme un collier de perles. La base du lobe inférieur porte quelques noyaux semblables. Œdème des deux lobes inférieurs. Les lobes supérieurs sont normaux.

Cœur de volume normal. Le feuillet pariétal du péricarde contient en petit nombre des noyaux cancéreux analogues à ceux de la plèvre. Ventricule droit très légèrement dilaté.

Méninges et cerveau normaux.

Au microscope, ces tumeurs se montrent constituées par des cellules volumineuses, arrondies, fusiformes ou polyédriques, diversement disposées suivant le degré de l'affection. Dans les points où celle-ci débute, on trouve des cellules manifestement endothéliales, gonflées et situées dans les vaisseaux et les espaces lymphatiques qu'elles distendent. En d'autres points, ces

éléments forment des amas nettement délimités. A une période plus avancée, ces amas cellulaires deviennent plus nombreux, se rapprochent, tendent à se réunir, de telle sorte qu'ils ne sont bientôt plus séparés que par de minces cloisons de tissu conjonctif; la néoplasie ressemble alors à un cancer épithélial. Enfin, ces cloisons s'atrophient, les cellules endothéliales sont mises en rapport les unes avec les autres et, n'étant plus suffisamment nourries, elles s'altèrent et se nécrosent. Toutefois, dans certains cas, il y a lieu de croire que ces éléments peuvent subir une dégénérescence gélatineuse et simuler un cancer colloïde du péritoine.

L'observation suivante que nous devons à M. le Dr Lancereaux nous donne une idée très nette de la constitution histologique de cette néoplasie.

OBSERVATION II

LANCEREAUX. — *Arch. génér. de Médéc., novembre 1878*

Il s'agit d'une femme de 52 ans, L. F..., lingère, occupant le lit n° 10, salle Sainte-Adélaïde, à l'hôpital Saint-Antoine. Jusqu'ici la malade a joui d'une bonne santé habituelle; à 43 ans, après une grossesse, elle eut un érysipèle qui guérit; menstruée à 18 ans, elle a cessé d'être réglée à 50 ans.

Le 12 novembre 1877, lors de son entrée à l'hôpital, cette malade fait remonter à six semaines le début de son mal. A ce moment, elle éprouva des douleurs abdominales et s'aperçut que

son ventre gonflait. Elle est amaigrie, anémiée, sans appétit, se plaint de douleurs et reste presque constamment assise sur son lit. L'abdomen est volumineux et distendu par une grande quantité de liquide ; les veines sous-cutanées de la région sus-ombilicale de l'abdomen sont dilatées, la peau du ventre est tendue. (1 gr. d'iodure de potassium.) Le 24, augmentation de volume de l'abdomen, diarrhée, conjonctivite phlycténulaire. (Collyre au nitrate d'argent. Suppression de l'iodure de potassium.) Le 11 décembre, persistance de la diarrhée, vomissements, amaigrissement progressif. Le 3 janvier, le ventre est tellement développé qu'une ponction est devenue urgente. Douze litres de liquide citrin sont extraits de la cavité péritonéale. La malade se trouve soulagée, mais le 20 février, on est obligé de renouveler la ponction et l'on retire du ventre onze litres de liquide séreux, transparent, identique à celui de la première ponction. Cette fois, la palpation de l'abdomen permet de reconnaître la présence dans le ventre, et notamment au-dessus de l'ombilic, de masses multiples du volume d'un œuf. Ces masses sont indurées, arrondies, un peu mobiles, distinctes de l'estomac et de l'intestin. Il n'existe aucun phénomène d'obstruction intestinale, et comme les vomissements n'ont pas les caractères de ceux du cancer de l'estomac, nous diagnostiquons : fibrome colloïde du péritoine. Notre traitement consiste à nourrir la malade et à soutenir ses forces.

Le 17 avril, l'abdomen a acquis de nouveau un volume considérable, les veines sous-cutanées de la région épigastrique sont dilatées ; vomissements muqueux et biliaires depuis quelques jours. Nouvelle ponction, qui donne 13 litres d'un liquide visqueux, rouge brun qui ne coagule pas spontanément. Le lendemain, effacement des veines dilatées de l'abdomen. Le 19 au matin, vomissements verdâtres ayant les caractères des vomissements pituiteux. Constipation et, d'ailleurs, sensation de brûlure à l'estomac, appétit nul. Lavement purgatif, lait, glace.

Le 16 mai, vomissements noirâtres, assez semblables à du

marc de café. L'amaigrissement a augmenté; le nez est effilé, les yeux sont excavés, les traits tirés. Douleur et matité à la base du poumon gauche, diminution du murmure vésiculaire en ce point. La malade continue à s'affaiblir et succombe le 25 mai au matin.

Autopsie. — Les jambes sont à peine œdématiées; la cavité péritonéale renferme environ 10 litres d'un liquide citrin transparent, sans flocons fibrineux. Les anses de l'intestin grêle sont violacées et rétractées dans tous les sens; le gros intestin atteint à peine le calibre de l'intestin grêle, il a l'apparence d'un intestin d'enfant de 10 ans. Les parois intestinales sont épaissies, hérissées çà et là de saillies verruqueuses de nouvelle formation, fermes et blanchâtres. L'estomac est diminué de calibre, il ne présente, pas plus que l'intestin, traces de cancer. Les appendices épiploïques, revenus sur eux-mêmes et indurés, forment autant de languettes attachées de chaque côté de l'intestin.

Le grand épiploon, fortement rétracté et réduit à une bandelette transversale, large de 2 à 3 travers de doigt, épaissi, inégal et bosselé, a une apparence qui rappelle celle du pancréas; il est ferme, un peu triable, composé de grains jaunâtres grasseyés, et de grains blanchâtres de nouvelle formation, ayant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille. Il présente deux parties saillantes. Une conique, du volume d'un œuf, est située à droite et un peu au-dessus de l'ombilic; l'autre, moins volumineuse, siège à gauche de la ligne blanche. Ces deux masses étaient parfaitement senties toutes les fois qu'à la suite d'une ponction on venait à palper l'abdomen; au contraire, quand celui-ci était distendu, il était difficile de reconnaître leur existence.

Le mésentère présente des tractus ou trainées grisâtres disposés en réseau et quelques noyaux lenticulaires friables d'un blanc

de lait. Le feuillet pariétal du péritoine, épaissi et inégal, a une apparence qui rappelle assez bien celle de la face profonde du derme ; il est semé de granulations lenticulaires blanchâtres, assez semblables à des tubercules.

Des coupes fines des noyaux lenticulaires développés dans l'épaisseur des feuillets péritonéaux, soumises à l'examen microscopique après durcissement dans l'alcool, permettent de constater les particularités suivantes : d'abord, la surface libre du péritoine tapissé par l'endothélium ; ensuite, des amas de grosses cellules endothéliales nettement délimitées et contenues dans des vaisseaux reconnaissables à leurs parois et ne renfermant aucun globule sanguin ; enfin, les mêmes éléments agglomérés de façon à former des amas plus volumineux, séparés par de simples tractus conjonctifs qui forment des alvéoles, assez semblables à ceux du cancer épithélial.

Le foie, légèrement rétracté et induré, n'est le siège d'aucun néoplasme ; le pancréas est ferme, les reins sont intacts, l'utérus et les trompes sont réunis par d'anciennes adhérences, les ovaires n'offrent rien de spécial. Les deux plèvres contiennent de la sérosité épanchée et présentent l'une et l'autre quelques fausses membranes de formation récente ; le poumon gauche est affaissé ; aucune lésion néoplasique n'est constatée dans le parenchyme de ces organes. Les centres nerveux n'offrent pas d'altération appréciable.

C'est habituellement par des douleurs abdominales et un gonflement du ventre que s'annonce l'affection. Le malade, en quelques semaines voit apparaître des douleurs continues, parfois exaspérées après les repas. Il maigrit rapidement, perd ses forces, bien qu'il conserve

un bon appétit. En quelques mois, le ventre distendu par une quantité considérable de liquide ascitique, atteint un volume énorme. La dyspnée devient de plus en plus menaçante, jusqu'à ce qu'une ponction apporte au malade un soulagement de courte durée. Aussitôt après la ponction, il est souvent possible de sentir les tumeurs à la palpation; mais, l'ascite se reproduisant, la tumeur devient bientôt inaccessible. Le malade s'affaiblit, les vomissements surviennent, la dyspnée s'accroît et, après la deuxième ou la troisième ponction, la mort survient. Le liquide que donne la ponction est, dans ces cas, fréquemment hémorrhagique; c'est là, d'ailleurs, un des caractères sur lesquels Trousseau fondait son diagnostic de cancer du péritoine.

LYMPHOMES

On ne connaît jusqu'ici qu'un très petit nombre de faits se rapportant à cette néoplasie : aussi a-t-elle été fort peu étudiée. Nous nous baserons pour en faire la description sur le fait suivant observé par M. le Dr Lancereaux.

OBSERVATION III

Sarcome généralisé du péritoine avec anasarque et épanchement pleurétique à droite.

X..., Adolphe, 25 ans, est admis à l'hôpital Saint-Antoine, le 29 novembre 1871. Homme robuste, sans antécédents pathologiques, il a été cultivateur en Savoie ; depuis quelque temps, il est manoeuvre à Paris. Il y a deux mois, il fut pris d'un œdème des bourses qui a gagné la région hypogastrique et s'est peu à peu généralisé. Le 20 décembre, un épanchement pleural survient dans le côté droit ; 1,200 grammes d'urine sont rendus dans les

vingt-quatre heures : anasarque persistante depuis quinze jours, régime lacté. Le 31 décembre, soif vive, demi litre d'urine. Le 5 janvier, deux purgatifs amènent une légère diminution du ballonnement du ventre. Le 6, genoux et extrémités violacés ; la peau est semée de taches rougeâtres, celle des bourses et de la verge offre une coloration rouge vif ; l'œdème du ventre augmente, celui des membres inférieurs est dur ; rien aux membres supérieurs ; toux sèche ; rien au cœur ; inappétence et coliques après le repas ; légère bouffissure de la face. T. 37°,1.

Le 12 janvier, l'anasarque s'accroît, l'urine diminue ; diète lactée ; l'épanchement pleural augmente ; respiration à type costo-supérieur ; pouls à 108, faible, irrégulier. Le 19, dyspnée très intense, pouls fréquent. Le 20, pas de miction, purgatif et friction avec l'huile de croton qui ne donne qu'une légère éruption sans exsudation. Le 24, pouls à 108 ; dyspnée considérable ; demi-litre d'urine dont la densité est de 1,031. Le 25, érythème sur la cuisse droite ; l'épanchement pleurétique augmente, demi-litre d'urine ; mouchetures sur l'abdomen donnant peu de sérosité. Le 28, la dyspnée s'accroît et la mort survient.

Autopsie. — Les membres inférieurs sont œdématiés, les ganglions inguinaux ont le volume d'un gros marron, ils sont les uns bruns, les autres jaunâtres, tous indurés, ainsi que le tissu cellulaire périphérique ; les veines de l'abdomen sont libres, elles renferment un sang diffluent, noirâtre ou gelée de groseille ; les ganglions prévertébraux sont peu altérés, excepté au voisinage du tronc cœliaque. Il existe dans la cavité péritonéale plusieurs litres d'un liquide citrin, dans lequel baigne le grand épiploon rétracté, épaissi, infiltré de nodosités médullaires, d'aspect lardacé à la coupe, avec des taches jaunes, graisseuses. Le péritoine est parsemé de sailles, les unes analogues à une éruption miliaire, les autres grosses comme une lentille, cette éruption est très confluyente dans le petit bassin ; à ce niveau, le péritoine, vivement injecté a plus

d'un centimètre d'épaisseur. Vessie rétractée : le calibre des uretères est rétréci, leur muqueuse pigmentée; la tunique fibreuse des reins présente de petites ecchymoses, le parenchyme est normal, plus pâle à gauche.

L'examen microscopique des coupes pratiquées dans l'épaisseur de la séreuse péritonéale permet de constater la présence dans un réticulum conjonctif d'amas de cellules irrégulièrement arrondies et granuleuses, et de quelques cellules allongées. Les glandes lymphatiques sont semblablement altérées. Cet examen est sans doute insuffisant, mais l'altération simultanée du péritoine et des glandes lymphatiques, l'œdème et l'ascite concomitants nous laissent ici peu de doute relativement à des lymphômes.

La rate est ramollie et offre quelques nodosités sarcomateuses sur sa capsule. Foie volumineux, un peu gras; les ganglions lymphatiques du hile de cet organe sont indurés, du volume d'une amande et d'une noix. Vésicule biliaire normale, bile noirâtre. Épanchement séreux sans fausses membranes dans la plèvre gauche. Épanchement sanguinolent et quelques fausses membranes dans la plèvre droite. Des végétations sous forme de petites masses médullaires existent à la surface de cette membrane; elles sont plus abondantes sur le diaphragme. Le poumon droit, comprimé, revenu sur lui-même, est couvert de fausses membranes molles, sarcomateuses. Quelques plaques laiteuses sur le péricarde. Petit caillot fibrineux dans le ventricule droit, et sang diffus, noir; sang en gelée de groseille dans le ventricule gauche; muscle cardiaque friable. Chacun des lobes du corps thyroïde a le volume d'un œuf d'oie, il s'en écoule à l'incision un liquide sanguinolent.

De même que les endothéliomes, les lymphômes ne restent pas localisés particulièrement à l'épiploon; ils

envahissent habituellement les deux feuillets du péritoine; tantôt ils se présentent sous la forme d'un épaissement diffus, comme si le péritoine était doublé d'une épaisse couche de graisse, tantôt ils revêtent l'aspect de tumeurs multiples, disséminées à la surface des feuillets séreux. Leur volume varie depuis la grosseur d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une petite fève. Ce sont des tumeurs molles, grisâtres ou blanchâtres, non ombiliquées. L'absence d'ombilic, bien apparente lorsque le lymphôme a la forme d'une nodosité lenticulaire ou pisiforme, tient à ce que cette néoplasie ne produit pas la rétraction du tissu. Aussi, contrairement à l'endothéliome, le lymphôme, sous la forme de masses nodulaires, produit-il non seulement l'épaississement, mais l'allongement de l'épiploon. Le microscope montre le tissu de ces tumeurs formé de cellules semblables à des leucocytes, disposées dans un fin réticulum conjonctif.

Les lymphômes s'accompagnent d'ascite. L'épanchement se fait progressivement, en plus ou moins grande abondance; le liquide est sanguinolent, et contient des hématies et de nombreux globules blancs. On trouve parfois des altérations des ganglions lymphatiques du cou, des aines et des aisselles. L'œdème des jambes, l'anasarque peuvent accompagner ces symptômes. La leucocytose généralisée, l'âge des malades feront penser au lymphôme et exclure l'endothéliome. Le lymphôme est, en effet, une affection du jeune âge ou de l'adolescence.

LIPOMES

Les lipômes de l'épiploon sont bien moins rares que les néoplasies précédemment étudiées ; nous avons pu recueillir dans les divers ouvrages publiés tant en France qu'à l'étranger, des cas assez nombreux de cette affection. En rapprochant quelques observations de malades, nous espérons pouvoir montrer que cette néoplasie, anatomiquement due à une transformation graisseuse d'éléments conjonctifs normaux, présente cependant des types bien différents.

La première de ces variétés est représentée par des lipômes d'un faible volume, et que leur tendance à la pédiculisation a fait appeler par Virchow, « lipômes polypeux ». Développés aux dépens d'une portion du grand épiploon, ces néoplasmes atteignent rarement le volume d'un œuf de poule. Ils sont rattachés à la séreuse par un pédicule de longueur et d'épaisseur variables, d'autant plus long qu'il est grêlé et qui peut avoir jusqu'à plusieurs centimètres de longueur. Cette dernière condition contribue pour beaucoup à le rendre fragile et favorise sa rupture. Telle est pour M. Ver

contre, une des principales causes de la production des corps libres de la cavité abdominale.

Plusieurs observations que nous croyons devoir placer ici se rapportent à cette première variété.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

DEVILLE. — *Soc. anat. de Paris, avril 1851.*

Amphithéâtre de Clamart. Homme de 30 à 35 ans, bien constitué, destiné aux dissections. Cadavre bien conservé. A l'autopsie, — dix jours après la mort — l'attention fut attirée par deux cavités latérales, semblables à de larges entrées de sacs herniaires, existant l'une à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane, au niveau des canaux inguinaux, immédiatement en dehors des cordons fibreux des artères ombilicales. C'étaient des refoulements péritonéaux, glissant sous le péritoine même sans passer par aucun des trous de la paroi abdominale. Dans chacune de ces cavités se trouvaient deux corps étrangers que la pression la plus légère en faisait sortir immédiatement et qui étaient par conséquent libres d'adhérences.

Péritonite à peu près généralisée et offrant tous les caractères qu'on retrouve dans l'arthrite sèche (épaississement, augmentation de consistance, teinte blanche opaque, injection diffuse du péritoine, suffusions séro-sanguinolentes sous-péritonéales par places : 100 grammes environ de sérosité sanguinolente dans le bassin). Il y avait de plus : 1° par endroits, des grains graisseux hypertrophiés, donnant au mesentère un aspect papillaire pro-

noncé ; 2° deux cavités en cul-de-sac, c'est-à-dire deux enfoncements hypocratériformes du péritoine, s'ouvrant par un goulot rétréci de moins d'un centimètre de diamètre, situées sous le bord gauche du colon descendant, à 3 centimètres l'une de l'autre et toutes deux affaissées et vides ; 3° sur le gros intestin, de nombreux appendices graisseux, mous, aplatis, peu développés ; 4° sur le milieu de la longueur du colon transverse, un de ces appendices, du volume d'une lentille, finement pédiculé, formé de graisse revêtue d'un feuillet péritonéal, lequel feuillet, quoique partout opaque, prend vers la moitié de sa face antérieure une consistance plus grande, plus d'épaisseur et une teinte blanche mate, de façon à ressembler complètement à l'enveloppe des corps rencontrés libres. Ces corps sont au nombre de cinq : deux dans le cul-de-sac de la région inguinale droite ; deux dans le cul-de-sac correspondant gauche ; un du volume d'un grain de blé, trouvé derrière le bord gauche du colon descendant, tout près de l'entrée des deux cavités mentionnées sous le colon. Tous portent à l'extrémité de leur grand diamètre la trace d'un pédicule, et l'un d'eux a même conservé un petit pédicule long de 2^{mm}. Les quatre plus grands corps ont à peu près le volume d'une forte amande : deux sont ovoïdes ; deux plus contournés, ressemblent à des marrons irréguliers. Ils se composent d'une membrane enveloppe opaque, très humectée, lisse et séreuse à l'extérieur, se continuant à sa face interne par de minces cloisons divisant l'intérieur du corps en aréoles de 2^{mm} de diamètre. Dans ces aréoles existe un suc blanc, épais, sortant à la moindre pression ou par le raclage : c'est un liquide tenant en suspension des gouttelettes graisseuses. Au microscope, l'enveloppe et les cloisons présentent une structure fibroïde simple et caractérisée. Dans les aréoles, on aperçoit de très minces cloisons divisant la substance grasse contenue, sans aucune apparence de formations globulaires, en groupes polyédriques, presque tous irrégulièrement cubiques et juxtaposés les uns aux autres.

OBSERVATION V

SCHAW. — *Trans. path. Soc. of London. T. VI, 1854.*

Concrétion fibrineuse déposée sur un noyau graisseux. Ce corps, rencontré sur un homme de 62 ans, est solide, ovale, à peu près du volume d'un œuf de pigeon. Il rebondit comme une bille de billard. Il a 1 pouce $\frac{1}{2}$ dans son plus grand diamètre, et dans son plus court, 1 pouce $\frac{1}{4}$. Par sa blancheur, sa surface lisse et brillante, il ressemble à un œuf cuit dur dont on aurait enlevé la coque ; mais en quelques points, la surface est interrompue, creusée, ce qui donne l'apparence d'une corrosion superficielle ; on ne voit aucune trace de pédicule. En sectionnant le corps, on éprouve d'abord la résistance que donnerait un fibro cartilage dense, puis, en arrivant près du centre, on perçoit un grincement comme si on traversait un os mince. La coupe faite, on voit que le corps est composé de trois parties : 1° l'externe, blanche comme du cartilage, constitue la plus grande masse du corps, et enveloppe exactement un kyste ovale, central ; 2° ce kyste mesure dans son plus grand diamètre un demi pouce, et dans son plus petit, $\frac{1}{4}$ de pouce ; ses parois ont deux lignes d'épaisseur et sont formées de couches minces, compactes, de matière calcaire, jaune pâle, comme les dépôts athéromateux des artères chez les vieillards ; 3° ce kyste est rempli d'une substance molle, jaune, reconnue plus tard pour de la graisse ordinaire.

1. La coupe de la portion, d'aspect cartilagineux, minutieusement examinée, offre de fines stries, disposées concentriquement, intéressant toute l'épaisseur du corps ; avec une pince, on peut peler successivement des couches de minceur variable, absolument comme on ferait des tuniques d'un oignon. Au microscope, on constata que ces couches constituaient chacune une mem-

brane granuleuse parfaitement homogène, absolument dépourvue de toute espèce d'éléments, tels que : cellules, noyaux ou vraies fibres. En plaçant sous l'instrument des tranches minces, obtenues en coupant transversalement et perpendiculairement à la direction des stries, on eut la même apparence que si la substance était composée de couches de fibres disposées parallèlement l'une à l'autre; et sur les bords des tranches examinées, quelques-unes de ces prétendues fibres se présentaient comme si elles avaient l'aspect de cellules fibro-plastiques. Mais cette apparence de fibres était évidemment due à ce que l'on apercevait les couches granuleuses homogènes, disposées parallèlement l'une à l'autre comme les bords des feuillets d'un livre fermé. On ne put rien découvrir qui ressemblât, de près ou de loin, à une cellule cartilagineuse. 2. Une section transversale de la coque calcaire enveloppant le noyau de graisse, fit apparaître cette coque, sous le microscope, comme si elle était fendue en nombreuses fibres parallèles, avec de gros granules, quelques-uns ovales, disposés bout à bout le long des fibres; l'éther exerça très peu d'action sur ces granules et ne parvint à dissoudre que quelques-uns des plus petits. L'acide chlorhydrique produisit une effervescence et fit gonfler considérablement les fibres tout en les rendant transparentes. 3. Le contenu de la coque fut reconnu pour être du tissu graisseux commun; les cellules qui en constituaient la plus grande masse étaient des cellules adipeuses ordinaires, grandes, étroitement pressées les unes contre les autres, elles se dissolvaient parfaitement dans l'éther. Il y avait, de plus, un dépôt considérable de granules et de matériaux amorphes; que l'on supposa être du tissu adipeux détruit.

Quelle est l'origine de ce corps? Le péritoine qui recouvrait un appendice épiploïque ou un fragment d'épiploon s'est converti (fait assez commun dans le péritoine) en une coque calcaire; cette coque, contenant de la graisse, étant devenue libre dans la séreuse par absorption du pédicule, a roulé çà et là, et sa surface

s'est recouverte peu à peu de fines lamelles concentriques, formées de fibrine empruntée à la sérosité péritonéale.

OBSERVATION VI

VAN DER BYL. — *Trans. pathol. Soc., Lond., 1857.*

Corps libre trouvé dans l'excavation pelvienne d'une femme. Il a la forme d'une amande, environ 1 pouce 1/2 de long, et présente à sa petite extrémité une légère saillie, probablement le reste du pédicule qui le fixait antérieurement. Sa surface est lisse et brillante. A la coupe, on le trouve formé d'une capsule ferme, semi-cartilagineuse, renfermant une matière jaune, pulpeuse, qui contient de nombreuses particules pierreuses. Au microscope, ce contenu se montre formé de granules grasseux et de quelques masses minérales irrégulières, dures, solubles dans l'acide chlorhydrique. En examinant le colon du sujet, on trouve un des appendices épiploïques, fixé au repli sigmoïde, très altéré dans sa structure et ressemblant, de fait, au corps précédemment décrit ; le pédicule de cet appendice était si mince qu'un très faible effort eut suffi pour le détacher. Conséquemment, il n'y avait pas à douter ; le corps décrit en premier lieu avait bien pour origine un appendice épiploïque dégénéré, qui, plus tard, s'était détaché.

OBSERVATION VII.

BROWN ET WILKS. — *Id., février 1857.*

Corps trouvé sur un cadavre destiné aux dissections, et déve-

loppé dans un appendice épiploïque. C'était un corps ovale, dur, du volume d'un gros pois, et offrant à son centre une légère dépression : il était fixé à l'intestin par un pédicule formé de péritoine, lequel faisait partie de l'attache d'un appendice épiploïque, de telle façon que la tumeur semblait sortir du flanc même de cet appendice. A la section, on trouva d'abord une tunique fibreuse résistante ; en second lieu, un revêtement terreux continu, donnant à la section la même sensation que l'os ; en troisième lieu, un contenu jaunâtre, pulvérulent, dont une partie s'échappa au dehors quand on fit la coupe, tandis que ce qui restait présentait une apparence pierreuse. A un examen plus minutieux, la tunique externe fibreuse parut formée de couches membranées, difficiles à séparer l'une de l'autre. Au microscope, elle présenta l'apparence d'une membrane couverte de granules (insolubles dans l'éther et l'acide acétique), dont les bords s'étendaient sous forme de procès filamenteux. La membrane elle-même n'offrait que des traces fort indistinctes de fibrillation. La seconde tunique était dure, terreuse : sur une coupe fine elle parut amorphe, mais pourvue dans son épaisseur de canaux minuscules ramifiés ; l'acide acétique n'exerça aucune action sur elle, mais l'acide chlorhydrique concentré produisit une effervescence et laissa une membrane pellucide amorphe. La substance pulvérulente interne était constituée par des granules graisseux (non contenus dans des cellules), par une membrane granuleuse et par quantité de matériaux cristallins de formes indéfinies, solubles dans l'acide chlorhydrique avec effervescence.

D'ailleurs, assez souvent, à l'examen du paquet intestinal d'un cadavre autopsié on trouve, soit au pourtour des intestins et du colon en particulier, soit

à l'extrémité ou à la surface de l'épiploon, des appendices jaunâtres, pédiculés, ordinairement petits, en nombre variable, et qui constituent les appendices épiploïques ou intestinaux. Ils sont formés d'une masse graisseuse rétro-péritonéale contenue dans une capsule plus ou moins apparente, masse divisée intérieurement par des cloisons celluleuses partant de la périphérie, le tout enveloppé d'une petite bourse formée par un refoulement, un repli du péritoine et pendant dans la cavité séreuse. Chacun de ces appendices constitue ainsi un véritable petit lipôme, pourvu d'ailleurs de vaisseaux qui gagnent la tumeur en suivant le pédicule. Ces appendices ont été depuis longtemps signalés : Morgagni, Bigot (thèse, Paris, 1821), Pelletan (Cliniq. chirurg.), Emmert, les ont particulièrement mentionnés. Ils peuvent même dans certains cas exister en nombre prodigieux : Ainsi, Bonet (1) nous rapporte qu'à l'autopsie d'une femme fort grasse, il trouva sur le grand épiploon « *processus innumeros pollicem ad minimum crassos, libereque ad quatuor aut quinque transversorum digitorum longitudinem ex originibus propendentes* » et, sans remonter si haut, on peut voir au musée Dupuytren sous le n° 499 (Section IV. Lésions des épiploons), un intestin littéralement hérissé de ces prolongements graisseux.

Ces faits sont rares sans doute, bien qu'il soit cependant assez commun de trouver sur les cadavres, même

(1) Sepulchretum. — Edition de Genève, 1700, t. II, p. 552.

très émaciés, un ou plusieurs de ces appendices parfaitement caractérisés.

Quant à la constitution même de ces petits lipômes, elle nous est fournie par la note suivante :

OBSERVATION VIII.

MM. GOUBAUX ET A. ROBIN. — *Note sur la structure des corps étrangers chez le cheval, Soc. de Biologie, 1856.*

Tumeur offrant à la coupe plus ou moins l'aspect de lipôme. Structure : 1° Enveloppe extérieure que tapisse le péritoine intimement confondu avec elle et formée entièrement de tissu cellulaire ; là où elle est plus épaisse, les faisceaux sont plus rapprochés ; 2° Tissu intérieur contenant des vésicules adipeuses de très grand volume (8 à 10 centièmes de millimètre) tantôt isolées, tantôt contiguës et alors polyédriques ; 3° Entre ces vésicules, fibres de tissu cellulaire, accompagnées d'une quantité considérable de matière amorphe, molle et granuleuse, interposée tant aux fibres de tissu cellulaire qu'aux vésicules graisseuses ; cette matière donne à ces tumeurs en partie leur mollesse et leur couleur blanc grisâtre (rare dans les lipômes) ; cette mollesse disparaît quand le contenu graisseux est solidifié par le froid, et, dans ces cas, on peut retirer, sous forme de grains, de petits amas jaunâtres de graisse ; 4° Vaisseaux capillaires en petite quantité.

Souvent, ces lipômes subissent en leur centre une

modification calcaire, de sorte qu'ils présentent un noyau crétacé entouré d'une enveloppe de consistance moindre, affectant une disposition lamelleuse. Des exemples de lipômes calcifiés du grand épiploon sont rapportés par MM. Kirmisson et Chrétien dans les bulletins de la Société anatomique de Paris (1879).

Ces néoplasmes ne provoquent habituellement pas de lésions péritonéales, passent inaperçus et sont seulement découverts à l'autopsie.

Il en est de même pour notre deuxième type. Se développant avec une lenteur extrême, ces lipômes peuvent acquérir un volume assez considérable sans amener de troubles ni du côté des viscères abdominaux, ni du côté de la cavité péritonéale. Aussi, comme ceux du premier type, ils passent inaperçus. Ils ne diffèrent des premiers que parce qu'ils n'ont pas de tendance à la pédiculisation.

Cependant il est des cas où le néoplasme acquiert un tel volume que, sans provoquer de troubles fonctionnels du côté des viscères abdominaux, il devient un obstacle mécanique à la respiration et produit une dyspnée bientôt menaçante. Il en est ainsi dans le cas que rapporte Cooper Forster et que nous reproduisons ici :

OBSERVATION IX.

COOPER FORSTER.— *Transact of the Patholog. Soc. of London*,
février 1868.

Je fus appelé, le 17 janvier, à ponctionner S. C..., âgée de
6.

63 ans, qui avait une distension extrême de l'abdomen et était menacée d'asphyxie. L'interrogatoire de la malade m'apprit qu'elle avait toujours joui d'une bonne santé et n'avait jamais eu d'enfants. Il y a environ quatre ans son ventre avait commencé à augmenter de volume et d'après la malade, le gonflement aurait débuté par la fosse iliaque droite. La santé générale et la vivacité corporelle étaient conservées ; la malade se plaignait seulement d'envies constantes d'uriner et d'aller à la garde-robe. Quelques mois auparavant, l'œdème était apparu dans les deux jambes. Jusqu'à la dernière semaine, la malade n'avait pas cessé de marcher, elle ne pouvait rester couchée, par crainte de la suffocation. Elle se plaignait d'une vive douleur à droite, dans la région lombaire. Elle pouvait cependant se remuer, bien qu'avec difficulté.

L'abdomen est très développé, énormément distendu ; on y sent nettement la fluctuation. Je n'hésitai pas à faire une ponction au lieu d'élection. J'enfonçai le trocart, mais j'eus la sensation qu'il avait pénétré dans une tumeur solide ; il ne s'écoula pas de liquide par la canule. En enlevant celle-ci, il s'écoula quelques gouttes de sérosité. Je tentai de nouveau la ponction à deux reprises, mais sans succès. A chaque fois, l'instrument pénétrait dans une tumeur solide. Je me dispensai de faire un quatrième essai, pensant avoir affaire à une tumeur solide, probablement ovarique, séparée de la paroi abdominale par une mince couche de liquide.

Le Dr Wicks vit la malade le lendemain et après un minutieux examen, déclara que l'abdomen contenait du liquide. Il émit l'idée qu'on pourrait faire une incision jusqu'à découverte du liquide. Je me refusai à mettre son idée à exécution, et, bien qu'à contre-cœur, je me vis forcé d'abandonner la malade. Quelques gouttes de sérosité s'écoulèrent par les piqûres des ponctions et la malade en retira un léger soulagement. Elle mourut seize jours après d'apnée.

Autopsie. — Les parois abdominales sont amincies, unies à la tumeur par des adhérences que la main peut facilement rompre. Des adhérences un peu plus fortes unissent la tumeur au diaphragme. Le colon ascendant est placé au-devant de la masse, à droite de la ligne blanche, aucun autre organe n'est visible ; les intestins sont refoulés en arrière des deux côtés. Les viscères sont tous sains. Occupant tout l'abdomen, la tumeur est énorme (elle pesait 55 livres après extirpation); elle n'est attachée par aucun pédicule, par aucun lien marqué à une région. Elle semble composée de tissu graisseux et fibreux.

L'examen microscopique fait par M. le Dr Moxon, montre dans toutes les parties une grande quantité de cellules graisseuses ordinaires. Dans la plus grande partie on rencontre, avec les filaments conjonctifs habituels et les vaisseaux, des tissus se rapprochant, histologiquement, du tissu graisseux pur ; mais dans les parties plus fermes, les éléments conjonctifs étaient en plus grand nombre que dans le tissu graisseux commun. On y trouve aussi un grand nombre de cellules à prolongements irréguliers et à noyau ; ces cellules contiennent plus ou moins de gouttelettes de graisse. On y peut voir tous les passages de l'état granuleux à l'état de vraies cellules graisseuses, de sorte que ces cellules granuleuses sont probablement un degré de développement des corpuscules conjonctifs vers l'état de cellules graisseuses.

Enfin il est un dernier type qui diffère absolument des deux premiers. Dans ce cas, la tumeur se développe rapidement, atteint un volume parfois considérable et provoque des troubles organiques qui font immédiatement songer à une tumeur maligne. L'observation de Pick que nous rapportons ici est un exemple de cette affection qu'on pourrait appeler *lipomatose aiguë*.

OBSERVATION X.

PICK. — *Trans of the Pathol. Soc. of London, 1869,*
tome XX, p. 337.

Le malade est un homme de 36 ans. Il entra en mai 1868 à l'hôpital, pour une luxation de la hanche et ne présentait pas à cette époque de tuméfaction de l'abdomen. Pendant son séjour à l'hôpital, des symptômes fébriles apparurent, accompagnés de sueurs, de dépression morale, de perte d'appétit, de nausées, et plus tard d'une tumeur siégeant à l'abdomen. Le maladea un aspect général lymphatique. L'abdomen est très gros et empâté. La mensuration pratiquée au niveau de l'ombilic donne 51 pouces. Pas de liquide dans la cavité abdominale. A la palpation on ne sent pas de tumeur, mais on sent un empatement dans le flanc droit, avec de la matité à la percussion. D'après ces données, l'opinion fut qu'il s'agissait d'une énorme tumeur maligne de l'abdomen. Après trois purgations, les dimensions du ventre étaient réduites à 36 pouces. L'état du malade varia d'un jour à l'autre, mais sans amélioration. Le volume de la tumeur s'accrut, les vomissements devinrent plus fréquents, le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut en août 1869, après avoir enduré d'atroces souffrances.

Autopsie. — La cavité abdominale est occupée par une énorme tumeur, étendue depuis la quatrième côte jusqu'à la symphise du pubis, et d'un côté à l'autre, un peu plus cependant à droite qu'à gauche. A gauche, la masse intestinale est aplatie, à l'exception du colon ascendant qui passe au devant de la tumeur à la face antérieure de laquelle il est adhérent. Le péritoine recouvrant cette dernière portion de l'intestin peut être suivi de la surface de l'intestin jusqu'au-devant de la tumeur dont il recouvre la

face antérieure ; il se réfléchit d'un côté sur la paroi abdominale, de l'autre côté par-dessus le reste de la masse intestinale, de sorte que la tumeur est entièrement située en dehors du péritoine. La tumeur enlevée est entièrement solide ; elle pèse 29 livres $\frac{3}{4}$.

Sa plus grande circonférence mesure 39 pouces $\frac{1}{2}$; sa circonférence transversale mesure 30 pouces.

A l'examen microscopique, la tumeur se montre formée de tissu graisseux ; cellules adipeuses de dimensions variables disséminées au milieu de filaments connectifs. Beaucoup de ces cellules présentent des groupes de cristaux en forme d'aiguilles. Après immersion dans l'éther, on obtient une abondante trame fibro-cellulaire.

Tandis que les lipômes du premier type sont petits et passent inaperçus, ces derniers ont un volume excessif. Ils remplissent la cavité abdominale, refoulant en arrière la masse intestinale. Cependant, comme le montrent les relations de Pick et Cooper Forster, ces masses sont ordinairement coiffées par les colons dont l'un d'eux, ascendant ou descendant, passe au devant de la tumeur, rendant ainsi plus difficile le diagnostic entre cette affection et celle du mésentère. La consistance molle du néoplasme, qui n'est séparé de la main que par une paroi abdominale mince et tendue, donne souvent aussi à la palpation une sensation de fluctuation tellement nette, qu'on croit à la présence d'ascite. Tel est le cas de Cooper Foster et celui que rapporte Wigglesworth et que nous citons ici.

OBSERVATION XI.

WIGLESWORTH. — *The Lancet*, 30 juin 1883.

Louisa B. . . , 43 ans, idiote de naissance, est porteuse, depuis plus d'une année, d'une tumeur abdominale. En janvier 1879, époque à laquelle elle a, par hasard, remarqué la tumeur, celle-ci avait un volume notable. En novembre 1879, la malade est obligée de garder le lit. Son ventre est assez uniformément distendu ; il mesure au point culminant une circonférence de 39 pouces $\frac{1}{4}$; la distance de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite est de 10 centimètres $\frac{5}{8}$, du côté gauche elle est de 9 centimètres $\frac{3}{4}$. La matité occupe tout le côté droit de l'abdomen et s'étend en haut environ jusqu'à 3 pouces du cartilage ensiforme et transversalement sur la ligne médiane jusqu'au flanc gauche qui cependant est sonore : fluctuation bien nette sur toute l'étendue de la tumeur ; cependant les vibrations ne s'étendaient pas d'un côté à l'autre, étant apparemment limitées dans certaines directions par des cloisons.

Le 2 décembre, la plus grande circonférence atteint 40 pouces. La malade est plus faible, plus émaciée, sa respiration devient plus pénible. Le 10 mars 1880, la circonférence mesure 43 pouces, l'ombilic est oblitéré ; les veines superficielles de l'abdomen, surtout à gauche, sont dilatées ; les malléoles sont œdématisées. Les symptômes augmentent d'intensité ; la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 25 avril 1880.

Autopsie. — Le diaphragme est refoulé jusqu'à la troisième côte. Poumons légèrement œdématisés.

La plus grande partie de la cavité abdominale est occupée par une tumeur élastique partout adhérente aux parois et aux organes voisins. Le colon descendant est fortement adhérent à son

bord gauche. L'intestin grêle, refoulé à gauche, est, ainsi que l'estomac, adhérent en plusieurs points. Le bord antérieur du foie est aplati sur la tumeur. La masse néoplasique n'a pas de pédicule bien distinct, mais les adhérences paraissent plus fortes et plus nombreuses du côté du pelvis. La tumeur pèse 41 livres 1/4. A la coupe, elle est entièrement solide et présente en certains points une apparence plus ou moins gélatineuse; la portion principale est de consistance plus ferme et de couleur jaune pâle. Elle est, çà et là, semée de cloisons fibreuses. Des parties gélatineuses on peut retirer de long filets d'un liquide visqueux et les portions jaunâtres présentent pour la plupart, à l'œil nu, l'apparence grasseuse; çà et là, on coupe des îlots distincts, peu volumineux, de tissu cartilagineux. Outre la tumeur principale, il y en a deux ou trois semblables, mais très petites, fixées en différents points de l'abdomen; les appendices épiploïques sont en beaucoup d'endroits fortement hypertrophiés et visiblement transformés en tissu muqueux.

A première vue, le rein droit n'est pas apparent; on le trouve faisant corps avec la tumeur dans laquelle il est enclavé à une profondeur de 1 pouce 1/2. Son tissu est peu altéré. Le rein gauche pèse 4 onces 1/2; son volume est à peu près normal; sa capsule est adhérente, sa couche corticale est un peu grasseuse, mais cependant il paraît sain. La rate pèse 8 onces 1/2: elle est hypertrophiée, molle, pulpeuse. Le foie pèse 32 onces, il est légèrement gras. La vésicule biliaire contient 14 calculs. Utérus, pèse 2 onces, est rétrofléchi. Ovaires sains. La tumeur provenait sans doute du tissu rétro-péritonéal qui enveloppe le rein droit.

L'examen microscopique permet de voir des travées fibreuses étendues dans tous les sens contenant en abondance les cellules à prolongements particuliers qui caractérisent les myxomes. Des coupes pratiquées dans les parties qui à l'œil avaient l'aspect gélatineux, étaient principalement constituées par ces cellules, bien que, dans presque toute l'étendue on pouvait trouver une ou

plusieurs de ces cellules un peu gonflées de graisse. Dans toutes les coupes prises dans les parties d'apparence grasseuse, l'infiltration grasseuse des cellules myxomateuses atteignait un degré extrême et la coupe ressemblait à celle d'une tumeur grasseuse. Ces globules gras étaient remarquables par leur énorme volume. La tumeur était très vasculaire et était de toutes parts pénétrée par des capillaires à parois minces.

Cette tumeur était donc un myxome ayant subi la dégénérescence lipomateuse, le myxome étant bien connu comme très apte à subir cette transformation.

Cette fausse sensation de fluctuation vient compliquer considérablement le diagnostic puisque l'un des signes caractéristiques des néoplasies conjonctives du grand épiploon est l'absence habituelle d'ascite, signe qui fait rarement défaut dans l'épithéliome secondaire du péritoine.

Absence d'ascite, absence d'anses intestinales au-devant de la tumeur, absence de troubles fonctionnels en rapport avec le développement considérable d'une tumeur dont le siège est de préférence l'hypochondre gauche et dont l'accroissement se fait de haut en bas : tels sont les signes qui peuvent faire penser à une affection conjonctive du grand épiploon.

L'examen microscopique de ces tumeurs y révèle la structure propre des lipomes. D'une consistance variable dans les divers points de leur étendue, elles présentent des îlots d'apparence calcaire disséminés au sein d'un tissu mou et presque entièrement constitué par du tissu grasseux pur.

C'est d'ailleurs ce qu'on retrouve dans l'observation suivante :

OBSERVATION XII.

DRESCHFELD. — *Transact. of the Patholog. Soc of London, 1880, tome XXXI, p. 287.*

La malade, une femme mariée, âgée de 49 ans, qui avait autrefois toujours joui d'une bonne santé, consulta M. F.-A. Heath, en 1876, pour une tumeur de la région lombaire gauche. A l'examen, on trouva une tumeur dure, arrondie, évidemment intra-abdominale, franchement mobile, indolore, dont les rapports exacts avec les organes voisins ne pouvaient être délimités. Comme la tumeur ne donnait naissance à aucun trouble, on n'intervint pas. En 1878 la malade consulta de nouveau M. Heath, et alors une deuxième tumeur fut découverte, située dans la région lombaire droite, non douloureuse à la pression, mobile et ne semblant pas en connexion avec un viscère.

Bientôt après, l'abdomen devint douloureux : la malade maigrit, perdit l'appétit. On jugea sage dès lors, de tenter l'ablation de ces tumeurs et, le 18 octobre 1879, M. Heath procéda à l'opération. Après ouverture de la cavité abdominale, une petite tumeur osseuse fut trouvée dans la région lombaire gauche : elle semblait enfermée dans une capsule fibreuse épaisse : mais comme la tumeur était indépendante des organes voisins, on la sépara de sa capsule et celle-ci fut, après ligature, abandonnée dans la cavité abdominale comme un pédicule.

La tumeur gauche fut difficilement atteinte. C'était une tumeur

fibreuse, dure, entourée d'une capsule mince, et qui semblait rattachée, en même temps qu'une volumineuse tumeur graisseuse, à la paroi postérieure de l'abdomen par du tissu fibreux. Comme l'intervention était de longue durée et comme l'étendue et le volume de la tumeur graisseuse en rendaient l'ablation fort difficile, M. Heath, après avoir lié le pédicule fibreux qui unissait la tumeur fibreuse à la tumeur graisseuse, enleva seulement la première et s'abstint d'intervenir sur la seconde. Les premiers jours la malade alla bien : elle mourut de péritonite le 5^e jour. A l'autopsie on enleva une énorme tumeur graisseuse pesant 20 livres, attachée à la paroi postérieure de l'abdomen, du côté gauche, remplissant toute la gouttière vertébrale droite et s'étendant en bas et à gauche dans le bassin. Le rein gauche était reporté à droite et reposait sur le bord droit de la tumeur. Sur la face antérieure, on trouva les ligatures posées sur les pseudo-pédicules, preuve évidente que les deux tumeurs plus petites étaient primitivement en rapport avec la masse graisseuse. Comme nouvelle preuve de cette origine commune, un certain nombre de petites tumeurs osseuses furent trouvées près du point d'implantation de la petite tumeur osseuse sur la grosse masse, et la deuxième, ou tumeur fibreuse, se trouva à la coupe, constituée par du tissu mi-partie fibreux et gras. Au microscope, la tumeur graisseuse volumineuse présentait les caractères communs à tout lipome : les petites masses osseuses enclavées dans son tissu, ne montraient aucun canal de Havers, mais seulement des corpuscules osseux, volumineux, irrégulièrement disposés. La masse osseuse pesait 20 onces ; elle avait une forme sphérique et la dureté de l'ivoire. Elle était recouverte d'une épaisse membrane fibreuse, dans laquelle se ramifiaient de nombreux vaisseaux dont on pouvait suivre le trajet au sein de la tumeur : la couche la plus profonde de cette membrane fibreuse était faite de plusieurs couches d'ostéoblastes. A la coupe, la tumeur paraissait extrêmement dense, formée d'une gangue osseuse et de corpus-

cules osseux disposés en lamelles. A la périphérie de la tumeur on trouvait par endroits des vaisseaux sanguins, mais pas de canaux de Havers, alors que la plus grande partie de la tumeur ne présentait aucune trace de vascularisation. La tumeur fibreuse, trouvée du côté gauche pesait 14 onces. Elle était nettement lobulée et entourée d'une capsule fibreuse envoyant entre les lobes des cloisons fibreuses. Au microscope la tumeur présentait des caractères variés. Certaines parties étaient formées de corpuscules, de noyaux, de fibres et de vaisseaux sanguins bien développés; en d'autres points il y avait plus de tissu fibreux embryonnaire, les éléments cellulaires prédominaient; enfin d'autres parties étaient constituées de grandes cellules graisseuses entourées de cloisons fibreuses, avec seulement quelques vaisseaux sanguins et quelques corpuscules conjonctifs: c'était évidemment un lipome en voie de transformation fibreuse.

La tumeur, fait remarquer l'auteur, est intéressante à plusieurs points de vue. Les tumeurs graisseuses volumineuses de la cavité abdominale sont, par elles-mêmes, très rares. Alors que les lipomes subissent souvent la transformation calcaire, leur véritable ossification est un fait exceptionnel. Il est également rare de trouver à la fois la transformation fibreuse en certains points et la dégénérescence osseuse en d'autres points et de voir ces parties ainsi modifiées se séparer de la tumeur primitive au point de constituer des corps isolés. La tumeur elle-même avait très probablement pris naissance aux dépens de la membrane séreuse.

Parfois ces tumeurs présentent un développement exagéré des faisceaux du tissu conjonctif, de telle sorte qu'à côté de lobules entièrement adipeux on rencontre d'autres lobules graisseux emprisonnés dans une espèce de gangue dense, lardacée, friable, au sein

de laquelle sont de nombreux vaisseaux. Cette disposition est celle qui se rencontre le plus ordinairement. Elle a fait donner à ces tumeurs le nom de fibrolipomes.

On peut enfin, comme dans le cas de Cooper Forster, rencontrer tous les degrés de granulation par lesquels passent les cellules conjonctives pour s'élever à l'état de cellules graisseuses vraies. Dans certains cas, et ceux spécialement où la tumeur s'accroît rapidement, ce sont les éléments granuleux qui prédominent. Ceux-ci sont des cellules graisseuses embryonnaires : les néoplasies, qu'ils constituent pourraient donc être considérées comme des lipomes embryonnaires.

FIBROMES

Tandis que les lipomes de l'épiploon bien que peu fréquents, sont encore rapportés en nombre assez notable dans les annales et les ouvrages de médecine, on trouve à peine à signaler quelques observations de fibromes tant adultes qu'embryonnaires.

Ces néoplasies sont excessivement rares et leur rareté est encore accrue par ce fait que le fibrome adulte passe facilement inaperçu : comme les lipomes de notre première variété, ces fibromes ne sont découverts qu'à l'autopsie. Ils ne diffèrent d'ailleurs de ces néoplasmes qu'en ce qu'ils sont constitués primitivement par du tissu fibreux adulte. Ils sont de petit volume, ont tendance à la pédiculisation et sont ainsi une des causes principales de production des corps libres intrapéritonéaux. C'est là le seul caractère important que nous puissions signaler de cette néoplasie dont la rareté en a fait négliger l'étude aux anatomo-pathologistes.

Beaucoup plus intéressants, bien qu'aussi peu fréquents, sont les fibromes embryonnaires ou sarcomes,

dont l'accroissement est si rapide qu'ils atteignent en quelques mois un volume énorme.

Ces tumeurs ont une consistance variable. Constitués par un tissu tantôt grisâtre, rose ; tantôt rouge foncé, elles ont un aspect alvéolaire plus ou moins accusé. Les travées qui limitent les alvéoles sont formées de fibrilles et de cellules arrondies ou fusiformes, qui, sous le microscope, apparaissent serrées les unes contre les autres et disposées en faisceaux de diamètre et de direction différents. Les alvéoles que circonscrivent ces travées communiquent les uns avec les autres, donnant à la tumeur l'aspect d'une éponge. Ils sont remplis d'un liquide jaunâtre, clair, muqueux ou huileux qui à l'air se coagule rapidement et qui contient en grand nombre des cellules provenant du stroma : ces cellules paraissent plus ou moins dégénérées. Les alvéoles, par suite de la dégénérescence des travées qui les limitent, atteignent parfois un volume assez notable pour que la tumeur paraisse renfermer plusieurs kystes accolés. Lorsque les parties superficielles de la tumeur, dégénérées, sont ainsi recouvertes de ces pseudo-kystes, on obtient à la palpation une sensation plus ou moins nette de fluctuation. Ce changement de structure a reçu le nom de : transformation colloïde. Il a certes dû, dans plusieurs cas, faire prendre ces affections pour un cancer colloïde du péritoine, le cancer du péritoine ayant d'ailleurs, d'après Cruveilhier, une tendance marquée à affecter la forme colloïde. Aussi, comme dit Eve dans une observation rapportée plus loin, l'épithète de mucoïde con-

viendrait mieux à cette dégénérescence du sarcome qui diffère absolument de la dégénérescence colloïde du cancer.

Au sein du liquide mucoïde on trouve parfois en grand nombre des cellules étoilées qui caractérisent les myxomes. C'est cette structure que présentait la pièce dont parle Eve dans l'observation suivante.

OBSERVATION XIII.

EVE. — *Transact of the pathol. Society of London, 1886, vol. 37, p. 496.*

**Myxo-sarcome, ou tumeur appelée encore colloïde
ou hydatique du grand épiploon.**

La pièce comprend une masse de grand épiploon fortement épaissi et augmenté de volume par une affection désignée sous le nom de tumeur colloïde ou de maladie hydatique dans l'ancienne classification.

Il a 16 pouces de haut en bas (le pouce vaut 25^{mm}), 9 à 10 de largeur et dans quelques points il a deux pouces et plus d'épaisseur. La surface très inégale est bosselée et couverte de sillons. Les sillons sont dus à la saillie de masses lobulées et gélatineuses rattachées à la surface par des bandes de même tissu. A la coupe, la tumeur a la texture d'une fine éponge, dont les cavités sont limitées par des travées de tissu conjonctif commun ; travées qui enveloppent des noyaux de substance gélatineuse.

Au microscope, la structure alvéolaire est bien marquée. Les

éléments du stroma sont pour la plupart indistincts, comme s'ils avaient subi une dégénérescence, mais dans les parties où la transformation est moins avancée, on le trouve constitué par de fines fibrilles qui entourent çà et là de grosses masses de cellules larges, rondes et finement granuleuses, qui ne sont probablement que des corpuscules de tissu conjonctif naissant, avec quelques gros noyaux dissiminés. Les alvéoles sont de moyenne grandeur, bien délimités, arrondis ou ovales.

Dans les coupes préparées par la méthode ordinaire, c'est-à-dire plongées dans l'alcool et l'huile de girofle, les alvéoles sont parfaitement vides : mais, en les préparant dans la glycérine, on voit chaque alvéole rempli d'une matière gélatineuse et homogène. En quelques points on voit clairement dans cette matière de beaux dessins formés par les prolongements de cellules du tissu conjonctif et de cellules fusiformes à noyau ; en d'autres points le contenu des alvéoles semble formé de lamelles concentriques. Si l'on gratte la surface de la tumeur le contenu des alvéoles se détache sous forme de corps ovalaires présentant l'aspect d'un noyau à lamelles concentriques. Le liquide péritonéal extrait par la ponction contient des myriades de ces corps dont la forme éveillait l'idée d'hydatides.

Eu égard à la nature de la tumeur, il était évident qu'elle avait pour origine soit l'endothélium de l'épiploon, soit les éléments de son tissu conjonctif. On pouvait abandonner la première hypothèse, aucune cellule épithéliale n'ayant été trouvée dans les alvéoles ou dans le tissu de la tumeur, bien que les coupes aient été pratiquées en plusieurs points. Le nom de cancer colloïde est évidemment impropre puisque ce n'est ni un épithéliome, ni un endothéliome. Cette affection est cependant décrite encore sous le nom de cancer dans les traités les plus récents et les plus autorisés, témoin celui de Cornil et Ranvier. Elle pourrait cependant être classée parmi les néoplasies du tissu conjonctif et les noms de myxome ou de myxo-sarcome sembleraient mieux appropriés.

Cette opinion est justifiée par la dégénérescence hyaline des fibres qui composent la tumeur, par la présence des cellules conjonctives, par celle de fibres dans la matière hyaline qui remplit les alvéoles et enfin par l'absence de tout signe indiquant un développement exagéré de l'endothélium.

Je n'avais pas l'occasion de montrer la nature de la dégénérescence avant l'immersion de la pièce dans l'alcool, mais elle est probablement mucoïde, car tel est le mode de dégénérescence habituel des tissus conjonctifs : elle était également rendue demi-opaque par l'alcool qui n'agit pas sur la substance colloïde.

Cette pièce provient d'un aubergiste de 37 ans, qui en 1884 perdit ses forces et éprouva du dégoût pour les aliments : le volume de l'abdomen n'avait pas changé.

En novembre 1884, le malade maigrit, son abdomen augmente de volume : il se plaint d'hémorroïdes, ses urines sont peu abondantes. Il continue à maigrir, se plaint de pesanteur, de tiraillements dans l'hypochondre droit et en arrière : l'épigastre est sensible. Du liquide commence à s'épancher dans la cavité péritonéale. A Noël 1884, l'abdomen mesure 41 pouces de circonférence au niveau de l'ombilic. A cette époque on découvre une tumeur située vers l'ombilic et le cartilage de la 10^e côte gauche, suivant les mouvements du diaphragme. Submatité au-devant de la tumeur qui est indolente et ne paraît en rapport ni avec le foie, ni avec la rate.

7 janvier 1885. — Le malade ne rend que 300 gr. d'urine, éprouve de la dyspnée. Pour le soulager, on fait une ponction qui donne issue à sept pintes d'un liquide citrin dans lequel nagent un grand nombre de corps semblables à des grains de sagou : il renferme les éléments ordinaires du liquide ascitique et pas de crochets.

L'urine redevient normale, de quantité et de qualité. De nouvelles tumeurs sont découvertes dans la région de l'ombilic ; elles

augmentent progressivement de volume; le liquide ascitique s'épanche de nouveau, si bien que le 27 février l'abdomen mesure 43 pouces à l'ombilic. La laparotomie est alors pratiquée. L'épiploon était incomplètement enlevé quand on arriva sur l'extrémité de la rate et qu'on dut cesser l'opération à cause de l'état alarmant où se trouvait le malade.

La relation d'Eve contient de plus l'examen d'une autre pièce provenant d'une tumeur épiploïque à développement rapide et ayant atteint le poids de 8 livres.

Comme la pièce précédente, c'est un myxo-sarcome de texture petite. Sa surface est couverte de lobules arrondis, de volume variable, les plus larges mesurant un demi-pouce de diamètre (soit douze millimètres). Ils sont attachés à la masse principale par des filaments comme les grains de raisin à leur grappe. Leur coupe est molle, homogène. Au microscope ils sont composés de bandes transparentes de tissu conjonctif qui forment un réseau irrégulier, tantôt large, tantôt étroit, dont les mailles sont remplies par des cellules conjonctives rameuses ou arrondies. Beaucoup de cellules sont dégénérées et indistinctes à première vue de la transformation mucoïde. Les travées de tissu conjonctif sont également en voie de dégénérescence, mais celle-ci est peu accusée à l'œil nu.

L'auteur ajoute : Le vrai cancer colloïde de l'épiploon se rencontre comme affection secondaire, le plus souvent consécutive à une affection ovarique. Mais ici, en raison des principes anatomiques, il y a lieu de croire que, sauf les endothéliomes, le cancer primitif de cet organe ne se rencontre pas.

Parfois le néoptasme, au lieu de présenter une dégénérescence mucoïde, renferme dans ses alvéoles un liquide poisseux rougeâtre, noirâtre et si épais qu'il a dans certains cas l'aspect de caillots sanguins. Et de fait, il s'est formé au sein de la tumeur de véritables hémorrhagies par rupture de ses vaisseaux. Ceux-ci sont nombreux et fortement dilatés à la périphérie de ces tumeurs, où ils peuvent atteindre le volume du petit doigt. Ils pénètrent la masse néoplasique de toutes parts et y forment de véritables lacs sanguins, n'ayant plus en ces points qu'une paroi embryonnaire. Quelquefois les hémorrhagies sont assez abondantes pour qu'il se forme un kyste à parois embryonnaires. C'est par ce processus que se développent les kystes hématiques du grand épiploon, affection dont on ne trouve que de bien rares exemples, parmi lesquels il convient de rappeler celui de Ed. Simon (*Société anatom.*, 1858).

Les fibromes de l'épiploon peuvent présenter ces diverses dégénérescences en des points différents, ou bien toutes ces substances sont confondues en une masse plus ou moins homogène. Ces néoplasies ne sont pas enkystées : elles sont seulement recouvertes d'une mince toile celluleuse et empruntent en outre pour tunique externe la séreuse avec laquelle elles sont en contact. Elles s'accroissent très rapidement, compriment et déplacent les viscères, laissent les artères libres, affaissent les parois veineuses, gênant ainsi la circulation en retour. Aussi s'accompagnent-elles de bonne heure d'œdème des membres inférieurs, qui tout d'abord très peu marqué, s'accuse de plus en plus

et, vers la fin de l'affection, donne aux cuisses un aspect éléphantiasique. L'œdème gagne le périnée, les grandes lèvres qui deviennent énormes, le scrotum, la verge et la paroi abdominale.

L'œdème des membres inférieurs n'est pas le premier symptôme qu'on est à même d'observer. Il est généralement précédé par l'apparition dans l'hypochondre gauche de douleurs d'intensité variable. Les douleurs se calment quelque peu et le malade s'aperçoit que ses pieds enflent légèrement, et que son ventre grossit. Ces deux signes le décident le plus souvent à venir consulter. On constate alors dans l'hypochondre gauche la présence d'une tumeur de volume variable s'étendant parfois vers l'ombilic et même jusqu'au foie. Cette tumeur ne provoque encore aucun trouble fonctionnel du côté des viscères abdominaux, mais seulement un sentiment de gêne et de pesanteur. Le malade accusera sans doute une légère faiblesse, dira qu'il maigrit, mais il ne se sent pas malade, conserve son appétit et s'inquiète seulement du développement progressif que prend son ventre. Bientôt, le volume de la tumeur augmentant, les troubles fonctionnels apparaissent. Le malade ne prend plus qu'une faible quantité d'aliments ; le refoulement de l'estomac et des intestins rend les digestions de plus en plus difficiles : l'amaigrissement augmente. La paroi abdominale fortement distendue par la tumeur présente des vergetures. Par contre les bras et la face s'émacient, les espaces intercostaux se creusent et un contraste singulier s'établit entre la partie supérieure du corps décharnée et la

partie inférieure qui est le siège d'un oedème extraordinaire. La tumeur toujours énorme (15 kilog. 1/2 dans le cas que nous avons observé) remplit entièrement la cavité abdominale, qui ne contient habituellement pas d'ascite, refoule le diaphragme, amène par compression des douleurs intolérables au niveau du rebord des fausses côtes et gêne de plus en plus la respiration. Le malade, très affaibli, anémié, meurt asphyxié le plus souvent avant que des noyaux sarcomateux se soient développés dans d'autres viscères, en moyenne sept à huit mois après le début de l'affection.

Tel est le tableau que retrace l'observation suivante.

OBSERVATION XIV (*personnelle*).

Fibrome embryonnaire primitif du grand épiploon, pris au début pour une hypertrophie de la rate, puis pour un kyste multiloculaire de l'épiploon. — Marche rapide. — Mort.

Le 15 octobre 1889, L... H..., entre à l'Hospice général de Tours, salle Bretonneau, lit 17, dans le service de M. le Dr Duclos.

Agé de 31 ans, célibataire, L... est jardinier. Il a joui jusqu'en ces derniers temps d'une bonne santé habituelle. Ses parents se portent bien. Il a un frère âgé de 33 ans, toujours bien portant. Lui-même était doué d'une grande force musculaire. Il ne présente pas de signes d'alcoolisme.

Il raconte qu'il y a quatre mois il a ressenti pendant une hui-

taines de jours des douleurs assez vives dans l'hypochondre gauche et que leur intensité lui a fait cesser tout travail durant quelques jours. Puis les douleurs disparurent, mais ce ne fut pas pour longtemps. Bientôt après son ventre augmenta de volume au point de le gêner dans son travail et de le pousser à venir demander les soins des médecins de l'hospice. Il a conservé son appétit et ressent seulement de la gêne dans le ventre lorsqu'il fait un mouvement. Il en est presque réduit à rester couché ou assis dans un fauteuil. Toutefois, il dit aussi que depuis quelques semaines sa face a pâli et maigri.

A l'examen cet homme semble bien constitué. On ne trouve rien d'anormal à signaler du côté des voies respiratoires ou du cœur. L'abdomen est volumineux, et ce caractère est surtout accusé dans l'hypochondre gauche et la région épigastrique. La paroi est sillonnée d'un lacis veineux bien apparent. A la palpation on trouve une tumeur dure, bosselée, fluctuante en certains points et peu mobile. La matité des régions épigastrique et ombilicale y indique la présence de la tumeur : la matité se continue en haut et à droite avec celle du foie. La tumeur n'est pas animée de mouvements d'expansion : l'auscultation n'y fait entendre aucun bruit vasculaire.

Le siège de la tumeur ne laisse à penser qu'à une affection du foie, de l'estomac, du duodénum, du pancréas, de la rate, des reins, de l'intestin grêle, du mésentère ou de l'épiploon. Mais l'étendue de la tumeur et l'absence de troubles fonctionnels excluent d'emblée tous ces organes, à l'exception de la rate, du mésentère et de l'épiploon.

On pouvait d'autant mieux penser à une tumeur de la rate que la douleur avait siégé dès le début de l'affection dans l'hypochondre gauche et que l'examen microscopique du sang faisait découvrir sous le champ du microscope 15 à 20 leucocytes, alors que normalement on en trouve au plus 2 ou 3. La leucocythémie fit porter le diagnostic : Leucocythémie splénique et un traitement

ferrugineux fut institué. Toutefois, on ne trouvait nulle trace d'engorgement ganglionnaire.

Le 19 octobre, M. le Dr Duclos ayant repris le service qu'il avait laissé quelques jours auparavant aux soins de son suppléant, fit une ponction, au niveau du tiers supérieur de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, point où la fluctuation était le plus nette. Il ne vint pas de liquide.

Les jours suivants, L... perd l'appétit, il maigrit de plus en plus; par contre l'œdème des membres inférieurs devient énorme. L'anasarque se généralise, et le 10 novembre une deuxième ponction est faite au même point que la première; elle donne issue à un demi-litre d'un liquide huileux qui se coagule rapidement à l'air.

A cette date, l'examen du malade permet de noter les signes suivants. Le ventre excessivement distendu est très œdématié, ainsi que les membres inférieurs, le scrotum et la verge. La fluctuation est surtout nette autour de l'ombilic. Tandis que la matité des régions épigastriques, ombilicale, hypogastrique et des hypochondres indique dans ces régions la présence de la tumeur, la sonorité exagérée des flancs montre que la masse intestinale tout entière y est refoulée par le volume considérable de la tumeur. La cage thoracique, elle aussi, est fortement dilatée; les côtes sont soulevées; le diaphragme est refoulé en haut jusqu'au niveau de la quatrième côte, les espaces intercostaux sont élargis. L'auscultation de la poitrine est normale, sauf aux sommets où on trouve une légère bronchophonie. Le cœur est un peu relevé: sa percussion et son auscultation n'offrent rien de particulier.

La sonorité exagérée des flancs dans lesquels est refoulée la masse intestinale fait penser à une tumeur du mésentère; mais, la matité absolue de la région antérieure de l'abdomen indiquant le rejet des anses intestinales dans les régions profondes fait diagnostiquer une tumeur du grand épiploon. De plus, comme cette tumeur est fluctuante en certains points et comme la ponction

donne peu de liquide, on pense à une tumeur kystique multiloculaire.

On combat l'œdème de la partie inférieure du corps en pratiquant avec une lancette de nombreuses piqûres : il s'écoule du liquide et les jambes désenflent un peu ; mais leur volume augmente de nouveau. En même temps L... éprouve de la difficulté à uriner et à déféquer. La constipation s'établit, l'amaigrissement devient extrême, le nombre des globules blancs augmente ; le 26 novembre, on en trouve 40 sous le champ du microscope ; le 1^{er} décembre, on en trouve 70. Enfin le 4 décembre L... succombe.

Autopsie. — L'abdomen mesure 104 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; 45 centimètres séparent la symphyse pubienne de l'appendice xyphoïde du sternum.

La cavité thoracique ouverte laisse voir les poumons refoulés et comme tassés dans sa partie supérieure. Les plèvres ne sont pas altérées ; elles ne contiennent pas de liquide. Les deux poumons sont congestionnés, surtout dans leurs lobes inférieurs. Ils ne renferment pas de noyau néoplasique.

Rien du côté du cœur, ni du péricarde.

La cavité abdominale est entièrement remplie par une tumeur qui recouvre tous les viscères et n'en laisse aucun apparent. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide ascitique, on ne trouve pas de noyaux néoplasiques sur le péritoine pariétal. La tumeur n'adhère pas au péritoine pariétal ; quelques adhérences faciles à détacher l'unissent à sa partie postérieure : ces adhérences renferment de nombreux vaisseaux dont les plus gros n'ont pas moins de 4 millimètres de diamètre.

L'estomac refoulé dans l'hypochondre gauche ne présente pas de lésion. La rate a un volume normal, son tissu est sain.

Le foie d'aspect normal pèse 1,740 grammes.

Les reins sont normaux : la substance corticale un peu pâle, grisâtre, est légèrement prédominante.

Les anses intestinales sont refoulées dans les flancs où elles disparaissent sous la tumeur ; elles ne présentent pas de lésions, non plus que le gros intestin, dont le colon transverse est abaissé et aplati sur la face postérieure de la tumeur.

Cette masse énorme du poids de 15 kil. 1/2 s'étend de la quatrième côte au niveau du détroit supérieur du bassin. Elle a la forme générale d'une pyramide quadrangulaire à base rectangulaire reposant sur le détroit du bassin. Les faces sont légèrement arrondies. La face antérieure mesure 46 centimètres de longueur sur 36 centimètres de largeur. Elle présente trois sillons : l'un supérieur, transversal, siégeant au tiers de la hauteur, divise la tumeur en deux lobes inégaux. Le deuxième sillon siége sur la gauche du lobe inférieur : c'est plutôt une échancrure, de même que le sillon très profond qui siége à la base de la tumeur à droite. La surface présente de nombreux nodules arrondis : ce sont des kystes renfermant un liquide huileux analogue à celui extrait par ponction le 10 novembre.

La face postérieure, légèrement concave, a une hauteur de 45 centimètres, une base de 34 centimètres. Un sillon médian vertical en forme de Z allongé, plus profond que ceux de la face antérieure, la divise en deux lobes : les nodules kystiques que présente cette face sont aussi plus nombreux et plus arrondis que ceux de la face antérieure. La face latérale gauche présente un grand nombre de kystes très petits : la face latérale droite en est presque dépourvue. L'épaisseur de la tumeur vers son tiers supérieur est de 14 centimètres : au tiers inférieur elle est de 20 centimètres.

Des coupes pratiquées en divers points de la masse, montrent qu'elle a une structure alvéolaire. Les alvéoles ont un volume variable : ils renferment un liquide analogue à celui des kystes de la périphérie : ils communiquent entre eux et avec les kystes de la surface.

L'examen microscopique, après durcissement des pièces dans l'alcool, montre que les travées qui limitent les alvéoles sont constituées par de fines fibrilles autour desquelles se trouvent massées, pressées les unes contre les autres, des cellules fusiformes dont le noyau assez gros est fortement coloré par le picrocarmin. Ces cellules forment ainsi par leur groupement de véritables faisceaux qui en divers points de la tumeur, se désagrègent et laissent tomber les cellules au sein du liquide alvéolaire. En d'autres points, on trouve des cellules arrondies qui ne sont, sans doute, que des cellules fusiformes vues sous un plan transversal.

Bref, l'examen de la tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature et l'on peut affirmer qu'il s'agit d'un sarcome primitif du grand épiploon en voie de dégénérescence colloïde, dégénérescence que les auteurs anglais désignent par l'épithète « mucoid ».

Toutefois, avec le même tableau clinique que celui décrit précédemment, peut se faire l'apparition de noyaux secondaires en des points variables. Ils furent observés au cou dans le cas suivant que nous devons à l'obligeance de notre excellent ami H. Barnsby, notre successeur dans le service de M. le Dr Duclos, de Tours.

OBSERVATION XV. (*Inédite*).

Fibrome embryonnaire primitif du grand épiploon, avec noyaux développés secondairement à la partie gauche du cou. — Evolution rapide. — Mort.

Femme R..., 38 ans, entre le 28 octobre 1891 à l'Hospice

général de Tours, dans le service de M. le Dr Duclos; salle 15, lit 14. On constate l'existence d'une tumeur siégeant au niveau de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, s'étendant jusqu'à l'ombilic, tumeur volumineuse, nettement bosselée, présentant des points fluctuants et des parties indurées.

Diaphragme refoulé. Cœur battant haut. Le choc des oreillettes se produit au niveau de la fourchette sternale.

L'interrogatoire apprend que la malade a remarqué pour la première fois cette tumeur dans les premiers jours de juillet. Du 28 octobre 1891, date de l'entrée à l'hospice, jusque vers les premiers jours de décembre, le volume de la tumeur augmente progressivement. A ce moment la malade est profondément amaigrie et dans une cachexie extrême qui amène sa mort le 8 décembre 1891. L'évolution de la tumeur a duré 5 mois environ.

Autopsie. — Thorax : Poumons sains. Cœur refoulé en haut sous le sternum. Pas de liquide dans la plèvre.

Abdomen : Constatation d'une tumeur occupant surtout la partie gauche de la cavité abdominale, s'étendant au delà de la ligne médiane vers l'hypochondre droit.

Pas d'adhérences avec le péritoine pariétal. Pas d'ascite.

Foie, reins, rate, pancréas normaux.

Estomac appliqué à la face antérieure de la tumeur, légèrement dilaté. Intestins sains.

Ganglions mésentériques engorgés..

Noyau sarcomateux sur la partie latérale gauche du cou, entre le pneumogastrique, la carotide primitive et la veine jugulaire interne.

On ne retrouve dans la cavité abdominale que quelques lambeaux de grand épiploon, congestionnés et présentant des taches ecchymotiques noirâtres.

A la coupe, la tumeur paraît constituée par une substance pulpeuse, blanchâtre, molle, semi-liquide. Elle présente des

cavités remplies d'un liquide clair, filant. La surface porte de nombreux nodules kystiques remplis de ce même liquide. Certaines parties se présentent sous forme de noyaux plus durs, d'où l'aspect bosselé de la tumeur qui est de nature sarcomateuse.

Le noyau cervical secondaire présente les mêmes caractères anatomiques.

En résumé, nous pouvons dire qu'une tumeur se développant chez un adulte (25 à 40 ans), de préférence dans l'hypochondre gauche, dont l'accroissement rapide se fait de haut en bas, et n'amène d'autres troubles fonctionnels qu'une anémie profonde, un amaigrissement rapide, l'œdème des membres inférieurs, l'anasarque, *sans ascite*, doit faire immédiatement songer au fibrome embryonnaire du grand épiploon.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC — TRAITEMENT

Revenant maintenant sur les diverses néoplasies que nous avons étudiées, il nous est facile de voir que des symptômes bien différents accompagnent chaque variété, si toutefois nous laissons de côté les fibromes adultes et les lipomes pédicules (lipomes polypeux de Virchow) que leur faible volume fait passer inaperçus.

Tandis que l'endothéliome et le lymphôme s'accompagnent généralement d'ascite, l'épanchement péritonéal est un fait rare dans les cas de lipome ou de fibrome embryonnaire. Les deux premières affections passent facilement inaperçues à cause de leur petit volume ; mais quand la palpation de l'abdomen permet de les découvrir, l'engorgement ganglionnaire généralisé, la leucocytose profonde, l'âge adulte du malade feront penser au lymphôme, de préférence à l'endothéliome qu'on observe dans un âge beaucoup plus avancé.

Le diagnostic des néoplasies du grand épiploon est surtout intéressant quand on se trouve en présence de gros lipomes ou de fibromes embryonnaires. Les pre-

miers par leur nature même, les seconds par suite de leur dégénérescence mucoïde, prêtent facilement à la confusion à cause de la sensation très nette de fluctuation qu'ils donnent parfois. Et il n'est pas seulement difficile de déterminer la nature de l'affection, mais souvent même il est impossible d'en indiquer le siège exact. C'est que les tumeurs de l'épiploon, par leur rareté échappent à l'attention, si bien qu'en leur présence on songe plutôt à des tumeurs du mésentère, du foie, de la rate, des ovaires ou de l'utérus. Nous avons vu dans l'observation XIV qu'au début de l'affection, la tumeur épiploïque de nature sarcomateuse fut diagnostiquée : une hypertrophie splénique. Dans un cas de Furbringer l'affection fut prise pour un cancer du foie. Le cas de kyste hématique relaté par Simon fut pris pour la vessie distendue. Il est encore des cas où une complication vient masquer la nature de la maladie et facilite l'erreur de diagnostic. Chiarleoni en rapporte un exemple curieux : un fibrome embryonnaire du poids de 2,500 grammes, développé entre les feuillets de l'épiploon, se tordit et fit quatre tours sur la partie supérieure de l'épiploon, transformée ainsi en une sorte de pédicule de 24 centimètres de longueur. La torsion amena de graves phénomènes de péritonite en présence desquels on pensa à une tumeur de l'ovaire étranglée. L'auteur explique cette torsion, qui est d'ailleurs une complication très rare, par la descente progressive de la tumeur vers le petit bassin, et les mouvements qui lui sont imprimés par les alternatives de distension et de vacuité des intestins et surtout du colon ascendant.

Mais c'est surtout dans le diagnostic avec les tumeurs de l'utérus et plus encore du mésentère que les erreurs sont faciles. A ce sujet, M. Péan (1) indique les caractères suivants :

Outre les tumeurs du mésentère, il n'y a guère que les tumeurs utérines et les épiploïques qui présentent de bonne heure la situation médiane. Mais, sans nous arrêter aux troubles fonctionnels, les tumeurs utérines s'accroissent de bas en haut et ne font pas leur principale saillie à l'ombilic. Les tumeurs épiploïques offrent presque toujours une disposition étalée et en plaques, tandis que celles du mésentère sont mieux limitées et habituellement globuleuses ou marronnées. En les percutant on obtient un peu de sonorité profonde due aux anses intestinales sous jacentes ; à moins qu'une collection ascitique ne vienne masquer ce signe.

Donc, pour M. Péan, la tumeur épiploïque est plus aplatie, elle n'est pas séparée de la paroi abdominale par les anses intestinales, tandis que la tumeur mésentérique est globuleuse et recouverte par quelques anses d'intestin. C'est à ce dernier signe que M. le Professeur Tillaux attache le plus d'importance, car c'est sur lui qu'il fait reposer sa division des tumeurs abdominales en tumeurs nées dans *l'espace intra-péritonéal* et tumeurs développées dans *l'espace sous-péritonéal*. « Lorsque, dit M. Tillaux (2), une tumeur se développe dans *l'espace*

(1) J. Péan. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, tome I, page 1,098.

(2) P. Tillaux. — *Diagnostic des tumeurs abdominales*. *Gaz. des Hôp.*, 17 août 1886.

sous-péritonéal, soit au niveau des reins, soit au niveau du pancréas, soit au niveau du mésentère, *elle refoule l'intestin au-devant d'elle*; par conséquent, toutes les fois que vous rencontrerez une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, vous devrez penser qu'elle a pour point de départ *l'espace sous-péritonéal*. Lorsqu'au contraire une tumeur se développe dans *l'espace intra-péritonéal* (estomac, intestin grêle, utérus, ovaire, épiploon), elle vient généralement *se mettre directement en rapport avec la paroi abdominale sans interposition d'anses intestinales*.

La mobilité de la tumeur latéralement et de bas en haut, son immobilité de haut en bas, l'absence d'anses intestinales au devant d'elle, tels sont les signes qui peuvent faire penser à une tumeur de l'épiploon. C'est sur eux que repose le diagnostic porté par Meredith dans le cas suivant.

OBSERVATION XVI

MEREDITH. — *Lipome du grand épiploon enlevé par laparotomie*. — *Clinic. Soc. transac. London, 1887, tome XX.*

La malade fut soumise une première fois, à mon attention, en octobre 1884. Elle souffrait alors d'une tumeur abdominale volumineuse, qu'on soupçonnait être ovarienne et dont l'extirpation fut entreprise. Lors de l'opération, on trouva une tumeur solide, d'apparence graisseuse, et, devant ces caractères, le chirurgien

refusa de pousser plus loin l'intervention et referma l'abdomen. La convalescence de cette laparatomie exploratrice fut très longue; la malade guérit cependant et quitta l'hôpital. Dès lors, le volume de la tumeur augmenta progressivement, au point de devenir intolérable et de décider la malade à une nouvelle intervention. C'est alors que je fus appelé par son médecin traitant, le Dr Simon, de Hackaey, à lui donner mes soins à Samaritan Free Hospital, et que je l'acceptai, en janvier 1886, dans le but de l'opérer.

J'obtins, à cette époque, les renseignements suivants : La malade, une veuve de 62 ans, était mère de sept enfants, dont le plus jeune était âgé de 24 ans. Elle n'avait jamais été forte, mais jusqu'à ces derniers temps, elle n'avait jamais fait de maladie. Dans sa famille, pas de trace de cancer, tumeur ou phthisie. La ménopause s'était faite à 52 ans.

Environ quatre ans et demi auparavant, elle avait remarqué un léger gonflement du ventre qui, dans la suite, avait augmenté progressivement. Depuis l'opération d'octobre 1884, elle avait presque continuellement gardé le lit, tant le volume et le poids de sa tumeur rendaient ses moindres mouvements difficiles et douloureux.

C'est une vieille femme, faible, sobre, mais se nourrissant bien. Les organes thoraciques sont sains. Pouls à 96, très régulier, petit et quelquefois incompressible. Pas d'œdème de la face, ni des membres inférieurs. Urines d'apparence et de quantité normales, de réaction acide, ne contenant pas d'albumine, de densité 1,020. Langue bonne, appétit passable; les intestins fonctionnent régulièrement.

L'abdomen mesure 46 pouces de circonférence au niveau de l'ombilic et 23 pouces 1/2 verticalement de l'appendice xyphoïde du sternum à la symphise pubienne. La tumeur, limitée en haut et de chaque côté par la sonorité intestinale, est uniformément

mate à la percussion et parfaitement élastique au palper, donnant presque la sensation de la fluctuation. Elle est plus proéminente au niveau de l'ombilic, d'où elle descend dans le bassin, surplombant le pubis et les aines. La masse entière peut aisément être portée d'un côté à l'autre, quand la malade est dans le décubitus dorsal, mais ne peut pas être déplacée dans le sens vertical. Au toucher, on trouve l'utérus atrophié, indépendant de la tumeur, qu'on ne sent d'ailleurs pas.

Le diagnostic de lipome de l'épiploon repose seul sur la mobilité apparente de la tumeur et sur l'absence de sonorité intestinale au-devant d'elle.

Suivent les détails de l'opération, qui eut lieu le 6 février 1886.

La cicatrice de la première incision abdominale ayant été d'abord incisée, le péritoine sous-jacent est ouvert et on trouve la tumeur entièrement adhérente à la paroi antérieure. On n'essaie pas de rompre les adhérences; la capsule de la tumeur est largement incisée et, introduisant la main, on procède, sans grande difficulté à l'énucléation en masse. Toutefois, pendant ce temps opératoire, le volume de la tumeur obligea à augmenter de 12 pouces l'incision première. Quelques fortes hémorrhagies surviennent pendant l'énucléation et il est nécessaire de faire 8 à 10 ligatures au fil de soie sur les vaisseaux de la face interne de la capsule. En examinant les rapports de la tumeur, on découvre que la base du sac vide se continue avec l'enveloppe d'une masse graisseuse allongée, située plus haut dans l'épiploon, immédiatement au-dessous du colon transverse. On ne peut intervenir sur cette tumeur, l'état de la malade rendant toute tentative d'énucléation téméraire. On ne trouve pas d'autre tumeur; le foie est très volumineux. La capsule vide reste adhérente aux parois de chaque côté de l'incision, mais elle s'ouvre largement en haut et en bas dans la cavité abdominale. Les intestins sont entièrement situés en arrière d'elle; ni le colon ascendant, ni le colon descendant ne sont visibles. Après un nettoyage rigoureux, on

referme l'abdomen sans placer de drains. La tumeur, après son ablation, pèse 50 livres et demie. Elle est entièrement solide, constituée par d'épais lobules graisseux et un peu de tissu fibreux.

La malade fut très épuisée après l'opération, mais elle se remit dans la soirée. Le lendemain, la température s'élève à 38°,5. Le pouls, faible et intermittent, est à 120°. Plusieurs vomissements d'un liquide légèrement brunâtre, sans odeur. Trente-six heures après l'opération, la température tombe à 37°,2 et le pouls à 104°; les vomissements continuent, urines foncées peu abondantes, non albumineuses. Depuis lors, l'état s'améliore peu à peu, les vomissements diminuent, la malade commence à prendre par la bouche des aliments, au lieu des lavements de poudre de viande et de vin de Porto qui, de 3 en 3 heures, lui avaient été donnés après l'opération. Le 11 février, sixième jour après l'opération, les sutures sont enlevées sur les 2/3 supérieurs de l'incision; les autres sutures sont enlevées le lendemain. La plaie est parfaitement réunie. La convalescence suivit un cours régulier; la malade put quitter le lit le 24 février, dix-neuf jours après l'opération. Elle quitta l'hôpital quatre jours plus tard. Quand je la revis en juin 1886, la femme était en bonne santé. Elle avait repris de l'embonpoint et des forces. L'examen du ventre ne révélait pas la présence de nouvelle tumeur.

A ces deux signes importants, mobilité de la tumeur et rejet des intestins dans les parties profondes, s'ajoutent les suivants :

Absence de troubles fonctionnels en rapport avec le volume énorme de la tumeur.

Absence habituelle d'ascite.

Développement de la tumeur de préférence dans l'hypochondre gauche.

Accroissement de la tumeur se faisant de haut en bas, alors que les tumeurs pelviennes se développent de bas en haut.

Si maintenant la tumeur s'accroît lentement, en plusieurs années, à un âge avancé (60 ans), on pourra affirmer la nature lipomateuse de l'affection. Mais si elle se développe chez un sujet jeune (30 à 40 ans), si elle atteint en quelques mois un volume exagéré, si elle s'accompagne d'anémie, de leucocytose, d'amaigrissement, surtout marqué à la face, alors que les parties inférieures du corps sont fortement œdématisées, on devra penser au fibrome embryonnaire plutôt qu'au lipome, bien que l'idée de celui-ci ne puisse être repoussée, témoin le cas de Pick (Observ. X).

Ces tumeurs volumineuses, lipôme et fibrôme embryonnaire, ont un pronostic grave, par suite de leur marche progressive et de l'obstacle que leur volume apporte aux fonctions des organes abdominaux et thoraciques.

Sauf dans le cas de complications péritonitiques, l'indolence est habituelle et le malade ressent seulement une gêne mécanique. Bien que le tube digestif reste sain, la dénutrition est progressive; le refoulement du diaphragme est un obstacle à la respiration; la dyspnée devient bientôt menaçante et c'est elle qui, le plus souvent, cause la mort du malade.

Aussi est-ce pour lutter contre cette terminaison fatale que, dans plusieurs cas, on voit le chirurgien

songer à l'extirpation de la tumeur (Observ. IX) ou même l'entreprendre (Observ. XII-XIII). Si l'opération est pratiquée de bonne heure, alors que l'état général du malade est encore satisfaisant, et si la tumeur est de nature lipômateuse, l'intervention peut être couronnée de succès (Observ. XVI).

L'opération a été également tentée contre des fibromes embryonnaires, et, dans deux cas, observés par des auteurs allemands, le malade eut une survie de 13 mois. L'un de ces cas est de Czerny; le malade était âgé de 27 ans. Nous rapporterons le second, publié par Braun en 1885.

OBSERVATION XVII (*Résumée*).

H. BRAUN. — *Extirpation eines malignen Netztumors.* — *Deutsch medic. Wehnschr.* — Berlin, 1885, t. XI, p. 791.

Un manoeuvre de 34 ans éprouve, depuis trois mois, des douleurs aux hypochondres. Il a vomi, maigri et perdu ses forces. Il porte au milieu de l'abdomen une tumeur arrondie, solide, grosse comme une tête d'adulte, médiocrement mobile; ascite peu abondante, sanguinolente; œdème des jambes et des bourses.

Le 24 août 1882, l'auteur incise la paroi sur une longueur de 12 centimètres; il a d'abord à pratiquer 14 ligatures pour saisir les veines dilatées qui fournissent du sang en abondance: par l'ouverture du ventre s'écoulent quatre litres de liquide brun foncé. Peu d'adhérences de la tumeur. Quatre ligatures en masse sur l'épiploen au voisinage du colon transverse. Excision Sutu-

res. La tumeur a 27 centimètres de long, 20 centimètres de large, 12 centimètres d'épaisseur. C'est un myxo-sarcome-kystique.

Le 22 septembre, le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence. Ce sujet qui, sans l'opération, semblait voué à une mort certaine, a survécu 13 mois. Mort le 18 septembre 1883.

En résumé, nous dirons que le diagnostic des tumeurs primitives du grand épiploon est chose difficile. Comme siège, elles peuvent être facilement confondues avec celles du mésentère ; comme nature, la distinction entre le lipôme et le fibrome embryonnaire est parfois malaisée.

Le diagnostic est encore rendu plus difficile par suite de l'existence plus fréquente des tumeurs secondaires de cet organe, carcinome.

Le tubercule prête aussi beaucoup à la confusion.

Cliniquement, le diagnostic entre la tuberculose et les néoplasies de l'épiploon, au cours d'une laparatomie exploratrice, rend la distinction possible.

L'épiploon tuberculeux est dur, sa surface est unie ou parsemée de granulations. Dans la forme la plus commune de la néoplasie, la structure est spongieuse ; la masse est infiltrée de mucus ou criblée de kystes, contenant une matière colloïde.

Aussi ne pourra-t-on, sur le vivant, déterminer la nature exacte de ces tumeurs qu'en pratiquant une incision exploratrice, qui ne sera elle-même, si l'ablation de la tumeur est possible, que le premier stade d'une opération curative.

RESUME ET CONCLUSIONS

1° Les néoplasies primitives du grand épiploon ne se développent qu'aux dépens de son endothélium ou des éléments de son tissu conjonctif. Il ne saurait donc y avoir de carcinome (épithéliome pour M. Lancereaux) primitif du grand épiploon.

2° Ces néoplasies sont des affections très rares.

3° Les endothéliomes, qu'ils proviennent de l'endothélium péritonéal ou de celui des lymphatiques, se montrent sous forme de nodosités disséminées, d'un petit volume, provoquent de violentes douleurs et s'accompagnent d'ascite.

4° Les lymphomes se manifestent sous forme de nodosités lenticulaires ou marronnées, qui, disséminées à la surface de l'épiploon n'en amènent pas la rétraction, mais l'allongement; ils s'accompagnent d'ascite, d'engorgement ganglionnaire généralisé et se rencontrent chez des sujets jeunes (20 à 30 ans).

5° 4. Une première variété de lipomes, les lipomes polypeux de Virchow, sont pédiculés, n'atteignent qu'un petit volume, ne provoquent pas de troubles fon-

tionnels et passent généralement inaperçus. La rupture de leur pédicule les transforme en corps libres intrapéritonéaux.

B. Ceux qui arrivent à un grand volume, se développent chez des sujets âgés (60 ans); leur accroissement se fait rapidement en quelques années. Ils ne s'accompagnent pas d'ascite, ne troublent guère les fonctions nutritives, mais produisent un obstacle mécanique à la respiration; d'où une dyspnée progressive et bientôt fatale.

6° *A.* Les fibromes adultes sont rares; de petit volume, souvent pédiculés, ils se transforment fréquemment en corps étrangers abdominaux. Presque toujours ils passent inaperçus.

B. Les fibromes embryonnaires (sarcomes) se rencontrent chez des sujets jeunes (25 à 40 ans), débutent habituellement dans l'hypochondre gauche, — se développent plutôt à gauche que sur la ligne médiane, — s'accroissent de haut en bas, — atteignent en quelques mois (5 à 8) un volume et un poids énormes (jusqu'à 15 kilos), — produisent un œdème considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale — ne s'accompagnent pas d'ascite, — ne provoquent aucun trouble fonctionnel jusqu'à une phase avancée de leur évolution. — L'amaigrissement rapide, une leucocytose profonde marquent la malignité de l'affection. La généralisation est un fait rare.

7° *A.* Le diagnostic du siège des tumeurs de l'épiploon repose sur les caractères suivants :

Tumeur se développant de haut en bas — mobile

dans le sens transversal — immobile de haut en bas — directement en rapport avec la paroi abdominale sans interposition d'anses intestinales — n'amenant pas malgré son volume de troubles fonctionnels.

B. Quant au diagnostic de la nature, l'âge adulte, l'évolution rapide, le mauvais état général seront une présomption en faveur du fibrome embryonnaire, — l'âge avancé, la marche plus lente feront penser au lipome.

8° Les lipomes et les fibromes embryonnaires seuls ont un pronostic grave, par leur développement envahissant et la dyspnée mécanique qui en est la conséquence; le pronostic de ces derniers est encore assombri par leur retentissement sur l'état général.

9° Le seul traitement rationnel des néoplasies de l'épiploon consiste dans leur ablation. Elle est indiquée toutes les fois que leur volume met en danger les jours du malade, et tant que l'état général de celui-ci lui permet de supporter l'opération.

Vu : Pour le Doyen.

Vu : le Président de la Thèse,

L'Assesseur : JACCOUD.

TILLAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

En outre des ouvrages ou travaux cités dans le cours de notre étude, nous signalerons les travaux suivants :

- ED. SIMON. — Kyste hématique du grand épiploon. Bull. Soc. anat., 1858.
- FURBRINGER. — Cancer de l'épiploon simulant à l'exploration un cancer du foie. Bull. clin., Woch, 6 février 1888.
- CZERNY. — Zur exstirpation rétropéritonéales. Geschwulste. Arch. f. clin. chir. Berlin, 1880, t. 25.
- CHASSAGNE. — Tumeur myxo-sarcomateuse de l'abdomen. Gaz. méd., Paris, 8 mai 1886.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs. Trad. franç., 1869, t. 2.
- AUDRY. — Tumeurs de l'épiploon. Lyon-Médical, 1889, p. 393-439.
- CHIARLEONI. — Strozamento da rotazione assiale di un sarcoma del grande épiploon. Ann. de méde. chirur., Milan, 1886, t. 277.
- MARQUIS. — Du cancer primitif du péritoine. Th., Paris, 1873.
- LORREYTE. — Etude sur le cancer du péritoine. Th., Paris, 1875.
- MONGIRD. — Cancer du péritoine. Th., Paris, 1884.
- PORAK. — Tumeurs pédiculées de l'épiploon.
- VERCOUTRE. — Etude sur les corps libres intra-péritonéaux. Th., Paris, 1873.
- PILLET. — Corps libres du péritoine. Soc. anat., tome 6, p. 478.

DUPIAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Tome 1, p. 421.

LANCEREAUX. — Anatomie pathologique. Tome 2.

CH. ROBIN. — Recherches anatomiques sur l'épithélioma des séreuses. Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux, 1869.

ALGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. Th. agrég., 1886.

RANVIER. — Traité technique d'histologie.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.....	3
Anatomie, Histologie, Physiologie.....	8
Historique.....	13
Endothéliomes.....	17
Lymphomes.....	28
Lipomes.....	32
Fibromes.....	33
Diagnostic, Pronostic, Traitement.....	69
Résumé et Conclusions.....	79
Bibliographie.....	82
Table des Matières.....	85

